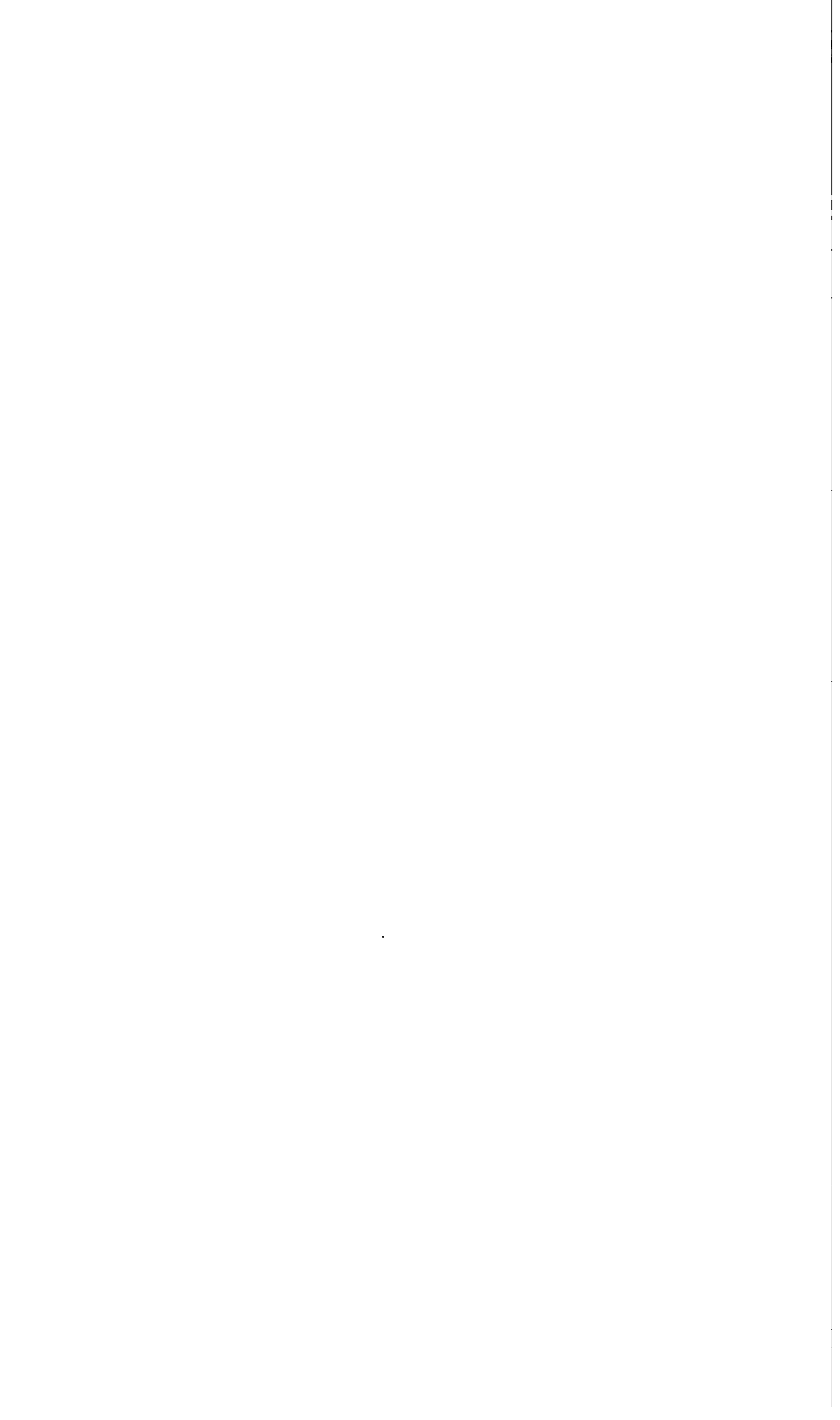




Allgemeine Zeitschrift
für
Psychiatrie
und
psychisch-gerichtliche Medicin,
herausgegeben von **Deutschlands Irrenärzten.**
Literaturheft zu Band 54.

Bericht

über die

psychiatrische Literatur

im Jahre 1896

redigirt

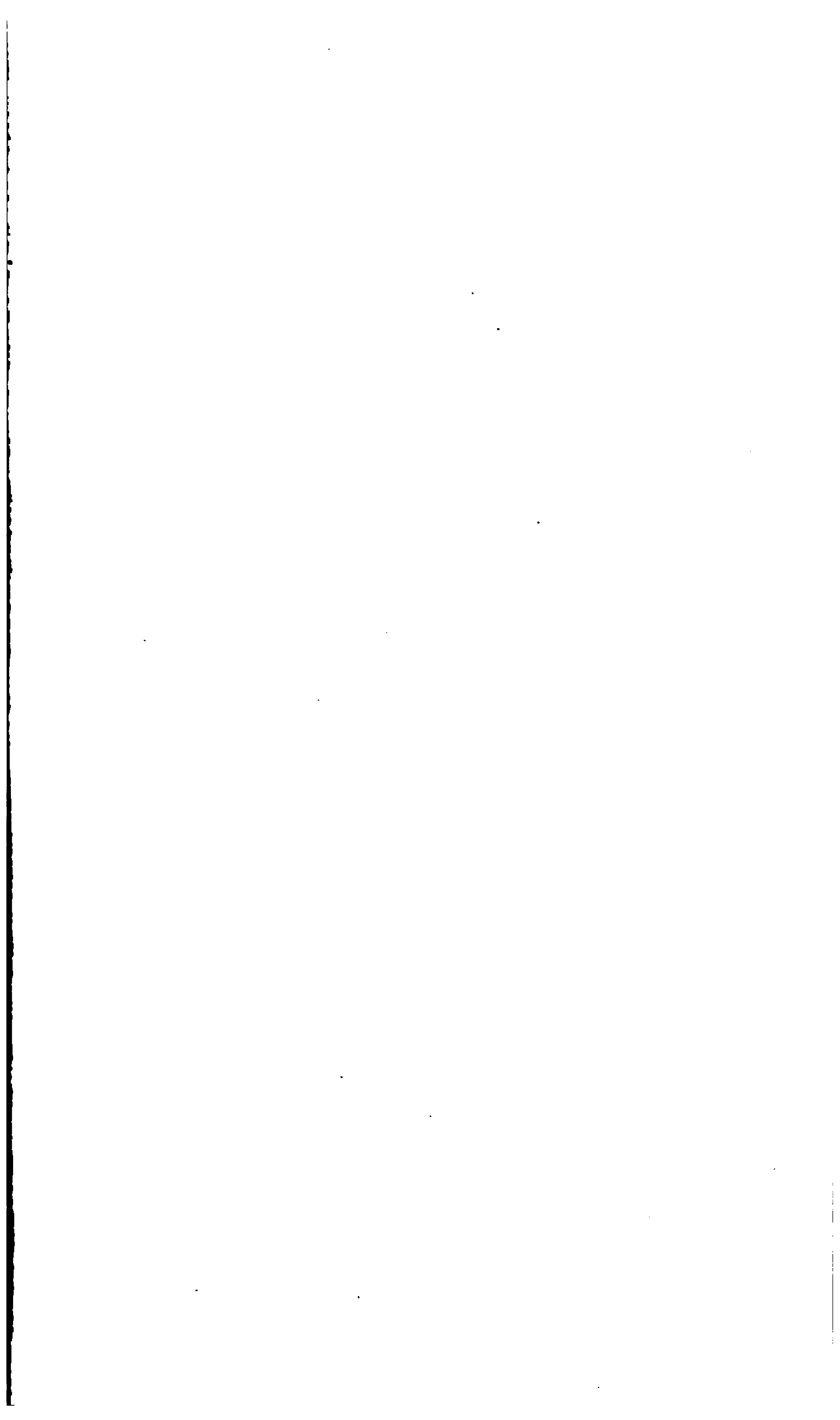
von

F. Schuchardt,
Obermedicinalrath und Professor o. in Rostock.

Ausgegeben am 27. November.

Berlin,
S.W. Anhaltstrasse 12.
Druck und Verlag von Georg Reimer.
1897.

Jährlich ein Band von 7 Heften. Preis M. 24.—



Allgemeine Zeitschrift

für

Psychiatrie

und

psychisch-gerichtliche Medicin,

herausgegeben von

Deutschlands Irrenärzten,

unter der Mit-Redaktion von

Grashey München **von Krafft-Ebing** Wien **Pelman** Bonn **Schüle** Illenau

durch

H. Laehr.

Vierundfünfzigster Band.

Literaturheft.

Berlin,

S.W. Anhaltstrasse 12.

Druck und Verlag von Georg Reimer.

1897.

Bericht

über die

psychiatrische Literatur

im Jahre 1896

redigirt

von

F. Schuchardt,
Obermedicinalrath und Professor o. in Rostock.

Literaturheft
zum 54. Bande der Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie.

Berlin,
S.W. Anhaltstrasse 12.
Druck und Verlag von Georg Reimer.
1897.



1. Psychologie. Ref.: Fränkel-Dessau.

Pellizzi (Privatdozent in Turin), I fenomeni di Analgesia nelle malattie mentali. — Annali di freniatria VI. 3. p. 256. 280.

Von der *Richet*'schen Formel ausgehend: „Der Schmerz ist eine Function des Intellects", wonach die Schmerzempfindung um so heftiger, je höher die Intelligenz entwickelt ist — und weiter, dass der Schmerz eine Abwehrvorrichtung gegen äussere, das Leben bedrohende Unbilden ist — giebt sich Verf. an eine umfassende Darstellung der Schmerzlosigkeit bei Psychosen, wie sie seit *Morel* (1856) bis jetzt in gleichem Umfange nicht gegeben worden sei.

Der Untersuchung liegen 74, theils eigene, theils der Literatur entnommene Fälle zu Grunde, die Verf. auf 4 Gruppen vertheilt. In der 1. Gruppe, wo es sich hauptsächlich um religiöse Wahnideen, Versündigungs- und Verfolgungswahn mit Hallucinationen und alkoholische Depression mit hypochondrischen Wahnideen handelt, kommen die bekannten schweren Selbstverstümmelungen vor, bei denen das Bewusstsein von der Wahnidee so befangen ist, dass es für nichts Anderes, auch für den Schmerz bei der Operation, keinen Sinn hat. Die physikalische Untersuchung mittelst Acupunctur und Elektricität bei Lipomanischen (und Paranoischen), während intensiver Gehörstäuschungen, ergab Abstumpfung des Schmerzgefühls besonders am Rücken, Hals und Handrücken, — die bei öfterer Wiederholung — und bei der Besserung sich verlor. — Um eine Schmerzempfindung zu erregen, musste Verf. mit der Nadel die ganze Haut durchqueren. In 2 Fällen machte der Kranke eine leichte Kopfbewegung und sagte „Nicht berühren", im Wiederholungsfalle rief er „Ach fort!". — Niemals erschien zuerst die Schmerz- und später die Tast-Empfindung, sondern immer umgekehrt, was als neuer Beweis gegen die Annahme von specifischen Schmerznerven gelten soll. Bei den Paranoischen, wo die Concentration der Sinnesthätigkeit auf weniger enge Grenzen beschränkt ist, blieben 2—3 Stiche unbemerkt, bei zurückkehrender Aufmerksamkeit und Unterbrechung der Hallucination trat normale Schmerzhaftigkeit ein. Betreffs der schweren Selbstverstümmlungen, wo Delirien zu Delirien sich gesellen (so der Sühnewahn zum Versündigungs-

wahn), ist vielleicht, wie beim Chloroformirten, im ersten Momente Schmerz vorhanden, der aber, wie bei allen Märtyrern einer Idee, unbeachtet bleibt . . . Der Schmerz geht aus der Erinnerung des Schmerzes oder vielmehr aus der Erschütterung des Nervensystems und des Bewusstseins hervor. Mit der Befriedigung, den innern oder äussern Feind überwunden zu haben, bei der Heilung der Wunde, hört die Schmerzlosigkeit auf; sie beruht also nicht auf organischer Veränderung der Sensibilität. — Von Fällen scheinbarer Analgesie berichtet Verf. insbesondere über den einer Melanchol. stuporosa, wo die Kranke nach ihrer Heilung gestand, sie habe den Schmerz von dem elektrischen Strom und den Nadelstichen während ihrer Krankheit sehr lebhaft empfunden, habe ihn aber nicht zu äussern vermocht. — Bei den Kranken der 3. Gruppe, namentlich bei Manischen, lässt die Gedankenflucht keinen dauernden Sinneseindruck aufkommen, auch keinen schmerzlichen, sogar nicht einmal das Gefühl der Ermüdung. — Bei Dementen und Imbecillen, je nach dem Grade des Zustandes, giebt die physikalische Untersuchung bei einiger Dauer und Intensität allerdings eine Abstumpfung der Sensibilität zu erkennen.

***Marro*, *A.*, La Pubertà ecc. — Ann. di freniatr. Vol. VI. f. 2. p. 203.**

Der umfangreichen, aus früheren Heften theilweise besprochenen Arbeit über die Pubertät in ihren Beziehungen zur Anthropologie, Physiologie, Psychiatrie und Pädagogik entnehmen wir noch Folgendes.

Die Pubertätsentwicklung vollzieht sich in 3 Stadien, deren jedes seine Besonderheiten zeigt.

Im 1. Stadium erwacht mit der Entwicklung der Genitalien die Geschlechtsthätigkeit und mit der darausfolgenden Nervenerregung die Empfänglichkeit für früher gleichgültige Reize. 15.—16. Lebensjahr. — Psychosenformen meist epileptischer Art.

Im 2. Stadium — rasches Wachsthum des Skeletts und der Körperfülle — ausserordentlich rasche Entziehung des circulirenden Eiweisses und der Blutsalze. — Aus den anfangs dunkeln Empfindungen bilden sich Affecte, die sich mit dem bisherigen Ideengang nicht so bald verschmelzen; daraus die psychische Unsicherheit und Unordnung; die Unruhe in Folge leidenschaftlicher Impulse bevor das Denken stark genug ist, sie zu zügeln. — Psychosen verschiedenster Formen sind in dieser Periode, bis zum 21. Lebensjahre, häufiger, namentlich die Hebephrenie.

Im 3. Stadium — erlangt der Körper seine vollständige Ausbildung — Stimme, Haarwuchs, Schönheit der Geschlechtsreife. Die geistigen Fähigkeiten, Denken und Charakter, die psychische Individualität festigen sich, die leidenschaftlichen Empfindungen durchdringen und vervollkommenen die Intelligenz. — In dieser Periode wird die Zahl der Psychosen

seltener, die Hebephrenie mit ihrer tiefen Bewusstseinsstörung und ihrem fast immer traurigen Ausgang für die Intelligenz, verschwindet.

Die Grundbedingung ist die Hyperästhesie des Centralnervensystems. —

Venturi, Silo, Origine dei caratteri differenziali tra l'uomo e la donna. — Manicomio XII. 1.

Die Verschiedenheit der psychischen und physiologischen Eigenschaften von Mann und Weib beruht, nach *Lombroso*, auf dem in der anatomischen Entwicklung stehen gebliebenen Zustande der Frau. Danach sei die letztere nichts Anderes als ein zurückgebliebener Mann. Gegen diese Auffassung wendet sich Verf. an der Seite von *Morselli* und *Mantegazza*. — Vom Embryonalzustande an bis zur Pubertät, die beim Weibe früher eintritt, lässt sich aus dem beim Manne verschiedenen anatomischen, physiologischen und psychischen Verhalten nachweisen, dass es mit der hypothetischen Kindlichkeit des Weibes eine andere Bewandtniss haben muss.

Nach Ansicht des Verf. beruht die Verschiedenheit von Mann und Weib, nicht bloss beim Menschen, sondern auch bei den Thieren darauf, dass beide von Hause aus zwei Arten verschiedener Thiere angehört haben, die selbstverständlich aufs Nächste mit einander verwandt gewesen sein müssen.

Diese neue Theorie, die von den 500 andern schon vorhandenen abweicht, stützt sich auf die in der Entwicklungsgeschichte der organischen Wesen — bezüglich Onto- und Phylogenese — durch *Darwin*, *Haeckel* u. A. zur Geltung gebrachten Grundsätze. „Es ist, wie *Morselli* sagt, ein Unsinn von minderwerthig, von Kindlichkeit der Frau und Altsein (Senilismus) des Mannes zu sprechen" beide sind an sich vollkommen und gleichwerthig, wenn sie ihrer biologischen, psychologischen und sociologischen Function entsprechen. Aehnlich drückt es *Mantegazza* aus, wenn er sagt: „Beide gehen nebeneinander wie zwei Parallellinien, die sich nicht berühren, deren jede eine verschiedene Aufgabe zu erfüllen hat".

Lombroso's Gründe für seine Auffassung, dass das Weib ein unvollkommener Mann sei und dem Kinde näher stehe, als dem Erwachsenen, sind folgende:

„Körpergrösse und Gewicht, Gesichtsbehaarung sind geringer, der Rumpf im Verhältniss zu den Unterextremitäten länger als beim Manne, Umfang und Gewicht der Eingeweide grösser, Binde- und Fettgewebe reicher, Blutkügelchen an Zahl und specifischem Gewicht geringer, Serumgewicht höher, Hämoglobinmenge geringer, ebenso Gewicht und Umfang des Schädels, Unterkiefers und des Gehirns; die Furchen zwischen den Gyri der Stirnlappen weniger zahlreich; Degenerationszeichen und Varietäten desgleichen, ausgenommen an Hymen und den Nymphen. Kindlich sind

ferner die Circulation, die Respiration, die Athmungscapacität, die geringere Menge des Harnstoffes, die geringere Kraft, die häufigere Linkshändigkeit, das seltenere Ergrauen und Ausfallen der Haare etc. — Wie das Kind ist auch das Weib weniger sensibel und denkt weniger. Unter den psychischen Eigenschaften der Frau ist die grössere Schnelligkeit der Auffassung und Anschauung (rapidità percettiva ed intuitiva) hervorzuheben, ferner die Grausamkeit neben Pietät und geringerer Selbstsucht.“ —

Man vergleiche übrigens den Vortrag, den Prof. *Waldeyer* vor der Anthropologenversammlung in Kassel im Jahre 1895 über denselben Gegenstand in Beziehung auf die Frauenfrage gehalten hat.

Muratow, W. A., **Die intellectuellen Functionen des Grosshirns. — Vortrag, gehalten in der öffentlichen Jahressitzung des Vereins der Moskauer neuropathologischen und psychiatrischen Gesellschaft (22. October 1896). — Beilage zu dem neurologischen Wjestnik. B. IV. H. 1. Kasan.**

Obiges Thema versuchte Verf. in populärer Weise einem grösseren Hörerkreise verständlich zu machen. Er verwerthete zu diesem Zwecke die neuesten Forschungen aus dem Gebiete der Hirnanatomie und Physiologie, wie auch klinische und pathologisch-anatomische Untersuchungen und das Experiment (*Munck*, *Goltz*, *Meynert*, *Exner*, *Wundt*, *Wernicke*) u. s. w. Er erklärte die Rolle des Grosshirns in der Bewegungsmechanik und dessen Beziehung zu dem Muskelgefühl, den Empfindungen und Vorstellungen und schloss hieran den Werth und die Bedeutung der Localisationstheorie, die Existenz der einzelnen Sinnescentra wie auch deren Verbindung unter einander mittelst der Association und deren Bahnen. Das einzige wenigstens für mich neue ist, dass er an Stelle der *Wundt*'schen Apperception seine „Integralfunction des Gehirns“ setzt. Der ganze Vortrag ist geschickt und folgerichtig zusammengestellt, liest sich leicht, da er ja für ein grösseres nicht speciell gebildetes Publicum bestimmt war, und darf ich annehmen, dass er diesem Zwecke auch vollkommen entspricht. *A. v. Rothe.*

---

2. Psychophysik. Ref.: Max Dessoir-Berlin.

In der fachwissenschaftlichen Literatur scheint sich jetzt das Verfahren durchzusetzen, die eigentliche Forschung in die Zeitschriften zu verweisen. Die Bücher, die erscheinen, sind meistens Lehrbücher, d. h. Zusammenfassungen der Forschungsergebnisse, neue Darstellungen bekannter Thatsachen, Uebersichten; die eigentliche Untersuchung aber wird dem Publicum nicht mehr in Buchform vorgelegt, sondern in der Form eines Zeitschriften-Aufsatzes. So kommt es, dass nicht nur die grosse Anzahl der Zeit-

schriften erhalten bleibt, sondern sich sogar noch vermehrt und dass an dieser Stelle fast ausschliesslich über Zeitschriftenartikel zu berichten ist. Mit der Erwähnung eines neuen zeitschriftenähnlichen Unternehmens wollen wir heute beginnen.

Beiträge zur Psychologie und Psychophysik. Herausgegeben von *Goetz Martius*. — I, 1. Leipzig, Verlag von Wilhelm Engelmann, 1896.

Nach einer Einleitung des Herausgebers über den Begriff der Psychologie folgen vier Abhandlungen (darunter eine von Herrn *Kretzmann*), die im engen Zusammenhang unter einander von der Helligkeit handeln. Zunächst bespricht Dr. *Martius* das Gesetz des Helligkeitswerthes der negativen Nachbilder, indem er sich an *Fechner* anlehnt. Es ist eine Thatsache, dass allgemein das subjective Nachbild heller oder dunkler erscheint als der Grund, auf dem man es betrachtet, je nachdem das Object dunkler bezw. heller ist, als der Grund, auf dem man es anschaut. Dies Gesetz lässt sich weder damit erklären, dass einzelne Netzhautpartien ermüden, noch durch *Hering*'s an sich tiefer dringende Theorie. Vielmehr müssen die Nachbilder aufgefasst werden als selbständige Empfindungen neben den fortgehenden und sich ändernden directen Wahrnehmungen. Sie vereinigen sich nur bei erneuter Fixation mit den directen Wahrnehmungen zu einer einheitlichen Gesammtwirkung, gerade so wie sich die Theiltöne zu dem einheitlichen Klang von gewisser Färbung verbinden. — An diese grundlegende Abhandlung schliessen sich Mittheilungen an über eine neue Methode zur Bestimmung der Helligkeit der Farben, über die Helligkeit complementärer Gemische, und über den Begriff der specifischen Helligkeit der Farbenempfindung.

***Thiéry, Armand*, Ueber geometrisch-optische Täuschungen. — Philos. Stud. XI, 307—370, 603—620, XII, 67—126.**

Die eingehenden und eindringlichen Versuche des Verfassers zeigen die inneren Beziehungen vieler optischer Täuschungen zu einander und die Bedeutung der perspectivischen Vorstellungen für diese Täuschungen. Da ohne Hülfe der Figuren ein Bericht über *Thiéry*'s Versuche und Theorien kaum verständlich sein dürfte, muss auf den Artikel selber verwiesen werden.

***Meumann, Ernst*, Beiträge zur Psychologie des Zeitbewusstseins. — 3. Abhandlung. Philos. Stud. XII, 255—278.**

Aus den Schlussbemerkungen des Verfassers sei Folgendes hervorgehoben: Unsere Zeitschätzung ist in hohem Maasse abhängig von der Art der Ausfüllung der Zeitstrecken. Diese Abhängigkeit äussert sich in

ganz verschiedener Weise bei kleinen, mittleren und grösseren Zeiten. *Meumann* hat genauer untersucht, welchen Einfluss differente Ausfüllung auf die Zeitschätzung hat, wenn discontinuirliche Empfindungen des Gehörs-, Gesichts- und Tastsinnes zur Ausfüllung der einen der beiden verglichenen Zeiten verwendet werden; er hat festgestellt, dass die Zahl der ausfüllenden Eindrücke für den Effekt der Zeitausfüllung nicht gleichgültig ist; und er vermuthet, dass die Anbringung der Ausfüllung bei der ersten oder zweiten von zwei verglichenen Zeiten zwei psychologisch verschiedene Thatbestände bezeichnet.

Judd, Ch. H., **Ueber Raumwahrnehmungen im Gebiete des Tastsinnes. — Phil. Stud. XII, 409—463.**

Tawney, Guy A., **Ueber die Wahrnehmung zweier Punkte mittelst des Tastsinnes, mit Rücksicht auf die Frage der Uebung und die Entstehung der Vexirfehler. — Ebenda XIV, 163—221.**

In der ersten Arbeit wird nachgewiesen, dass die ganze Raumwahrnehmung im Gebiet des Tastsinnes dadurch zu Stande kommt, dass die einzelnen Empfindungspunkte der Haut qualitative Unterschiede aufweisen, die wir als räumliche Verschiedenheiten interpretiren. Fassen wir nun, so fährt der Verf. fort, die in einem Falle empfundenen, als sog. Localzeichen bekannten Empfindungsinhalte als qualitativ gleich auf, sei es wegen der Verschmelzung der gereizten Hautbezirke oder in Folge der Unmöglichkeit, sie unter den gegebenen psychischen Bedingungen zu unterscheiden, so erscheinen uns die Reize als eine räumliche Einheit. Diese Einheit nennt Herr *Judd* Punkt, womit aber nicht mehr ausgedrückt werden soll als die Abwesenheit jeglicher Ausdehnung. Fassen wir dagegen die Localzeichen als eben nicht gleich auf, so ordnen wir sie in unserer Raumanschauung neben einander und zwar zunächst ohne dass wir von der Richtung, die sie zu einander einnehmen, eine klare Vorstellung haben. Vermögen wir sie aber als deutlich von einander verschieden aufzufassen, so betrachten wir sie als getrennte Punkte. Wenn dagegen innerhalb der Distanz, die sich zwischen diesen zwei Punkten befindet, alle möglichen Uebergangsstufen empfunden werden, so werden wir eine continuirliche Linie wahrnehmen. Die Richtung ist endlich in allen Fällen nur dann wahrnehmbar, wenn mindestens zwei Localzeichen in ihren qualitativen Unterschieden deutlich erkannt werden. Die psychische Bedingung, welche die Auffassung von Localzeichen am meisten erschwert, ist in erster Linie das gleichzeitige Auftreten mehrerer Localzeichen im Bewusstsein. Hierauf ist es hauptsächlich zurückzuführen, warum die zwei simultan aufgesetzten punctuellen Reize einen so grossen Zwischenraum zwischen sich haben müssen, bevor sie als Zweiheit erkannt werden. — Herrn *Tawney*'s Arbeit hat den Vorzug, dass sie nachdrücklich auf die Relativität unserer Wahrnehmungen und Urtheile im Gebiet des Haut-

sinnes hinweist. Nicht nur die Zeitdauer, die Schwankungen und die relative Sicherheit des Urtheils zeigten sich bei verschiedenen Versuchspersonen und bei derselben Versuchsperson in verschiedenen Stadien ihres Verfahrens verschieden, sondern auch die Richtung der Aufmerksamkeit bot beim Vollziehen des Urtheils beträchtliche Verschiedenheiten dar. Zweitens wird vom Verf. die Bedeutung der Suggestion bei solchen Versuchen anerkannt. Er behauptet geradezu, dass das scheinbare Erkennen der Zweiheit und der Richtung zweier Punkte sowie des Unterschiedes zwischen einem Punkt und einer Linie bei minimalen Distanzen grösstentheils eine Sache der Autosuggestion ist.

Arrer, Max, Ueber die Bedeutung der Convergenz- und Accomodationsbewegungen für die Tiefenwahrnehmung. — Phil. Stud. XIII, 116—161 u. 222—304.

Unter den Motiven, die zur Tiefenschätzung verhelfen, befinden sich die Convergenz- und Accomodationsbewegungen. Die Empfindungen dieser Bewegungen sind an und für sich für die unmittelbare Auffassung qualitativ wenig verschieden, sie scheinen hauptsächlich quantitativ abgestuft zu sein; eben darum aber eignen sie sich zu einem Maass der Vergleichung gleichartiger Inhalte. In allen Versuchen *Arrer's* haben die genannten Empfindungen sich als das Maass herausgestellt, nach dem die Tiefenvorstellungen verglichen werden konnten und auch verglichen wurden.

Mc Keen Cattell and *Livingston Farrand*, Physical and mental measurements of the students of Columbia University. — The Psychol. Review, III, 618—648.

Der Aufsatz interessirt weniger durch seine Ergebnisse als durch die ausführlich mitgetheilte und an hundert jungen Leuten erprobte Untersuchungsweise. Man glaubt nicht — namentlich wenn man an das naturgemäss rohere Verfahren des Arztes denkt — was alles anthropologisch, psychologisch und psychophysisch an dem Einzelnen festgestellt werden kann. Doch bleibt immer noch fraglich, wie weit der Werth solcher Aufzeichnungen reicht.

The American Journal of Psychology. — Bd. VII, No. 1—4, Bd. VIII, No. 1 u. 2. Okt. 1895 bis Jan. 1897. Worcester, Mass. U. S. A.

Vor zehn Jahren wurde diese Zeitschrift als die erste ihrer Art in Nord-Amerika gegründet. Der Begründer, *G. Stanley Hall*, hat nun eine Auffrischung und Erneuerung der Zeitschrift vorgenommen und sich mit einem ganzen Stabe ständiger Mitarbeiter umgeben, unter denen die Herren *Sanford* und *Titchener* an den Redactionsarbeiten theilnehmen. Die sechs Nummern, die mir vorliegen, enthalten ausser den üblichen Literatur-

nachrichten viele vortreffliche Originalartikel. Ich hebe einige heraus, die für unsere Leser von Interesse sein dürften. Herr *Hirschmann* lässt durch zwei seiner Schüler Untersuchungen zur Optik veröffentlichen, Herr *Titchener* theilt eine ganze Reihe kleinerer Arbeiten aus seinem Laboratorium mit, hierunter eine, in der sehr hübsch die Zusammengesetztheit unserer gewöhnlichen Tastempfindungen nachgewiesen, und eine andere, in der die Gefühlsbetonung von Empfindungen als sehr schwankend dargestellt wird. Eine ausführliche und lehrreiche Studie von *Colin A. Scott* gehört nicht in den Rahmen unseres Berichts, soll aber wenigstens genannt werden. Von *Theodate L. Smith* liegt eine experimentelle Untersuchung vor, die sich mit unserer Erinnerung an Bewegungen überhaupt und im Besonderen mit den Bewegungen bei der Articulation und ihrem Einfluss auf das Silbengedächtniss beschäftigt. Ueber die Aufmerksamkeit handeln zwei mit ausgezeichneter Klarheit geschriebene Arbeiten von *Frank Drew* und *Alice J. Hamlin.* Frl. *Hamlin* geht von physiologischen Vorstellungen, insbesondere von den Theorien der Bahnung und der Hemmung aus. Innerhalb der psychologischen Theorien unterscheidet sie beschreibende und erklärende: die beschreibenden stellen die Aufmerksamkeit als eine rein motorische, oder rein sensorische, oder gemischt sensorisch-motorische Leistung dar, die erklärenden betrachten die Aufmerksamkeit, sei es als Erleichterung, sei es als Hinderung, sei es als ein Gemisch von Erleichterung und Hinderung der Reize. Viele Einzelfragen gelangen in diesem Zusammenhang zur Erörterung, namentlich die Frage nach der Ablenkung der Aufmerksamkeit.

L'année psychologique, publiée par MM. *H. Beaunis, A. Binet, Th. Ribot, V. Henri.* — 2e année 1895. Paris, 1896.

Der zweite Jahrgang dieses mit ausserordentlicher Sorgfalt gearbeiteten Werkes ist noch reichhaltiger als der erste Jahrgang war. Auch diesmal finden wir die sehr nützlichen zusammenfassenden Uebersichten und daneben die überwältigende Fülle der Einzelreferate in sauberer Ordnung. Für unsern Bericht aber kommen nur die Originalaufsätze in Betracht. Ihre Reihe wird mit einem Versuch *Ribot*'s über abnorme und krankhafte Charaktere eröffnet, worin als das Lösungswort der Begriff infantilisme psychologique, d. h. Mangel an Unterordnung verschiedener Strebungen unter einander eingeführt wird. Es folgt aus *Forel*'s Feder „Un aperçu de psychologie comparée“, der in Ueberlegungen über den Bewusstseinsbegriff gipfelt. *Flournoy* stellt mittelst eines sinnreichen und einfachen Verfahrens fest, dass es ein Viertel mehr Zeit erfordert ein Wort auszulassen als zu lesen. *Bourdon* hat untersucht, welche Associationen sich zuerst an ein beliebiges Wort bei ihm anschliessen und diese Associationen in sechs Klassen eingetheilt, ausserdem im Einzelnen Erklärungen angefügt. *Van Bieroliet* hat die Untersuchung der Täuschungen beim Heben

von gleichen Gewichten verschiedenen Aussehens fortgesetzt und in folgendem Gesetz zusammengefasst: quand nous soupesons un objet quelconque dont nous connaissons le volume soit par le vision soit par le toucher, nous n'apprécions pas son poids absolu, mais sa densité, ou plus exactement une certaine densité, le rapport d'un poids à un volume. — Die Arbeiten aus dem Pariser Institut zeichnen sich durch Originalität der Fragestellung, Beherrschung der Technik und Kenntniss der älteren Forschungen aus. Doch ist es nicht gut möglich, auf die sehr speciellen Themata hier einzugehen.

Schiller, H., Der Stundenplan. — Ein Kapitel aus der pädagogischen Psychologie und Physiologie. Berlin, Verlag von Reuther und Reichard, 1897.

Mit diesem Heft beginnt eine von *Schiller* und *Ziehen* herausgegebene Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie. Die Sammlung will die auf der Hirnphysiologie fussende Psychologie für die Pädagogik nutzbar machen. Demnach geht auch Herrn *Schiller*'s Schrift von den neuen Experimentaluntersuchungen über Ermüdung aus. Er kritisirt sie vom Standpunkt des Schulmannes und findet, dass sie dem gewöhnlichen Schulunterricht durchaus nicht entsprechen, ausserdem zu einförmig und andauernd sind. Er erörtert alsdann den Schulanfang und den Schulschluss sowie die dazwischen liegenden Unterbrechungen der Unterrichtsthätigkeit und die Vertheilung dieser Zeit auf die einzelnen Lehrgegenstände, indem er stets von den thatsächlichen Verhältnissen ausgeht und auf die Praxis abzielt. Das Büchlein erscheint uns sehr empfehlenswerth für alle, die der Erziehungsfrage Interesse und Arbeit widmen.

Zeitschrift für Hypnotismus, Psychotherapie sowie andere psychophysiologische und psychopathologische Forschungen. Herausgegeben von *O. Vogt.* — Bd. IV u. V. Leipzig 1896. Verlag von J. A. Barth.

Aus der Fülle vortrefflicher Aufsätze, die in den letzten beiden Bänden der Zeitschrift für Hypnotismus enthalten sind, heben wir besonders eine Abhandlung des Herausgebers hervor: Die directe psychologische Experimentalmethode in hypnotischen Bewusstseinszuständen. Diese Abhandlung hat das Verdienst, praktisch wie theoretisch in das Detail zu führen. Sehr nützlich ist Herrn *Brahn*'s Zusammenstellung der Lehren vom Gefühl, interessant und lehrreich *Schrenck-Notzing*'s Mittheilung über Suggestion und Erinnerungsfälschung im *Berchtold*-Prozess. Ferner sind Mittheilungen aus der Praxis und Literaturberichte in den vorliegenden Heften enthalten. — Im Anschluss hieran seien noch *Milne Bramwell*'s letzte Arbeiten über Hypnotismus erwähnt, die im Brain (Nov. 1896) und in den Proc. of the Soc. for Psychical Research (Dec. 1896) erschienen sind.

Dessoir, Max, Geschichte der neueren deutschen Psychologie. — Zweite, völlig umgearbeitete Auflage. Erster Halbband. Berlin, Verlag von Carl Duncker, 1897.

Ich erlaube mir auf die neue Auflage dieses Werkes, die eine völlig neue Bearbeitung des Gegenstandes ist, sowie darauf hinzuweisen, dass sehr viel zur Geschichte der Psychiatrie und Neuropathologie hinzugekommen ist.

---

3. Gerichtliche Psychopathologie. Ref.: v. Krafft-Ebing-Wien.

Maudsley, Geisteskrankheit und Zurechnungsfähigkeit. — Alienist and Neurologist XVII, 2.

Geistreicher, im Auszug nicht wiederzugebender Aufsatz über die Mangelhaftigkeit der Auffassung und Beurtheilung zweifelhafter Geisteszustände vor englischen Gerichten, nach unzulänglichen, oft absurden metaphysischen Gesichtspunkten, unter Hervorhebung der unrichtigen Annahme, dass zur Constatirung der Zurechnungsfähigkeit die Libertas judicii (Erkenntniss der Bedeutung der That und ihrer Strafbarkeit) genüge. Nachweis, dass bei vielen Kranken die Handlungen nicht in krankhaften Vorstellungen, sondern in krankhaften Gefühlen ihre Entstehung finden, gegen die der Intellect und Wille nicht aufkommen können.

Charpentier, Die sogenannten unzurechnungsfähigen Verbrecher. — Annales médicopsychol. März, April.

Verf. polemisirt gegen die Auslegung des Begriffs Démence im französischen Zurechnungsparagraphen (§ 64) im Sinne von Aliénatio mentis. Der Gesetzgeber wollte nicht jeden psychopathischen Zustand als enculpirend ansehen, sondern nur bestimmte Zustände, in welchen die freie Willensbestimmung fehlte. So interpretirt Verf. den Begriff „démence", worunter er auch blos transitorische Störungen der Geistesthätigkeit, z. B. pathologische Affecte (für die die deutsche Gesetzgebung den Begriff der krankhaften Bewusstlosigkeit eingeführt hat) begreift.

Er behauptet, dass man in der Zubilligung der aufgehobenen Willensfreiheit (démence) bei Abnormitäten des Geisteslebens heute zu weit geht. In vielen Fällen findet er in für unzurechnungsfähig Erklärten nur Simulanten, Trunkenbolde, Verkommene, Lumpen während der Beobachtung in der Irrenanstalt.

Auch die moralisch Irrsinnigen imponiren ihm nicht als der Willensfreiheit ermangelnd. Sie wissen was sie wollen und können ihr Thun und Lassen beherrschen.

Auf die weiteren einseitigen, reactionären, vielfach recht spitzfindig motivirten Ansichten des Verf. einzugehen, verlohnt sich nicht der Mühe.

Lemesle, Les irresponsables devant la loi. — Paris. 74 pp.

Verf., Advocat, zugleich Dr. med. und in Psychiatrie versirt, giebt in dieser lesenswerthen Schrift einen Abriss über die bisherige Entwicklung des Begriffs der Zurechnungsfähigkeit. Er bestreitet die Fähigkeit des Juristen („gesunder Menschenverstand"), zweifelhafte Geisteszustände zu erkennen und zu beurtheilen und verweist auf die grosse Menge von Verurtheilungen Geisteskranker (in Frankreich allein circa 140 Fälle pro Jahr!) besonders Paralytiker im Prodromalstadium, dann Paranoiafälle, endlich Kranke, die sexuelle Delicte begangen haben.

Verf. verlangt Unterricht der Juristen in Criminalanthropologie und Psychiatrie an klinischen Lehranstalten und Untersuchung des Geisteszustands bei jedem Inhaftirten.

Der Entwurf eines schweizerischen Irrengesetzes. — Annal. médico-psychologiques. Mai, Juni.

Mittheilung der von Forel u. Delbrück entworfenen bezüglichen Grundlagen. Abdruck des vom Grossen Rath für den Canton Genf erlassenen Irrengesetzes.

Zwei wichtige Fragen des Irrenrechts und der Irrenpflege behandeln die beiden in der Jahresversammlung der Brit. Med. Assoc. 1895 gehaltenen Vorträge (Journ. of M. Sc., Jan. 1896):

1. Voluntary Boarders in English Asylums. By *R. Percy Smith*, M. D. Bethl. Hosp. London.

Das Irrengesetz (Lunacy Act) von 1890 enthält die Bestimmung, dass „jede Person, die sich freiwillig einer (Anstalts-) Behandlung unterziehen will", in eine Anstalt aufgenommen werden darf nach Einholung der Zustimmung „Commissioners in Lunacy" (juridischer Experten für das Irrenwesen) oder in deren Ermangelung zweier Richter, und zwar nur für eine zu fixirende Frist, nach deren Ablauf, den Fall der bewilligten Verlängerung ausgenommen, oder 24^{h} nachdem der Patient seinen Wunsch dem Anstaltsleiter bekannt gegeben hat, die Entlassung statthaben muss. Die Aufnahmsbewilligung hat der Patient selbst einzuholen. — Der citirte Wortlaut des Gesetzes verbietet nicht, auch einer Person, die bereits als irrsinnig zu erklären und zu sequestriren wäre, den freiwilligen Eintritt in eine Anstalt zu bewilligen, und man ist, wenn es sich um öffentliche An-

stalten handelt, entgegenkommend genug. — Verschlimmert sich der Zustand des Aufgenommenen, so muss die Entmündigung eingeleitet werden. Verf. schildert dann die verschiedenen Arten solcher freiwillig Aufnahme begehrenden Kranken, wie sie im Bethl. Hosp. zur Beobachtung gelangt sind, und wie jeder dienstältere Anstaltsarzt sie kennt, — recidiv gewordene Geisteskranke, Melancholiker leichteren Grades, Patienten mit Zwangsvorstellungen, Epileptiker in prodromaler Angst, beginnende Paralytiker, Morphinisten, Alkoholiker, die den Zwang und das Odium specifischer Asyle scheuen etc. etc. — Von Interesse ist die Gewährung „freiwilligen Verbleibens“ (als „voluntary boarders“) in der Anstalt in Fällen weitgehender Remission und Intermission, in denen der Kranke nicht wohl mehr als „irrsinnig“ erklärt werden kann, aber doch selbst sich den Anforderungen des Lebens nicht gewachsen fühlt.

Verf. setzt die oft schwierige, an Erfahrung und Tact hohe Ansprüche stellende Situation der „Commissioners“ wie andrerseits der Anstaltsärzte auseinander, um aber doch, wie selbstverständlich, der grösstmöglichen Erleichterung des „freiwilligen Eintrittes“ das Wort zu reden.

2. The Law of England in Relation to Single Patients. By *L. A Weatherly*, M. D. Bailbrook House, Bath.

Klage über die geringe Fürsorge des Gesetzes für die Irren in Privatpflege. Die familiale Verpflegung nehme beständig zu, die behördliche Ueberwachung, — für Anstalten immer mehr verschärft, — werde für den Pflegearzt immer nachlässiger und unzulänglicher. Verf. schlägt vor:

1. Das Publikum zu der Anschauung zu erziehen, dass Geistesstörung eine Krankheit, kein Verbrechen, keine Schande sei, und durch die gerichtliche Erklärung nicht öffentlich bekannt zu werden brauche.
2. Eigne sich der Fall nicht für die Irrsinns-Erklärung, so sei hiervon und von der privaten Unterbringung der Person die Anzeige zu erstatten.
3. Alle diese Fälle sind zu consigniren und behördlich zu überwachen. Die „Commissioners in Lunacy“ sind zu vermehren und Districts-Inspectoren zu erziehen.

Ballet* u. *Roubinovitch, Les persécutés processifs. — Archives d'Anthropologie criminelle. XI, No. 66.

Die Verff. machen darauf aufmerksam, dass schon in des Aristophanes „Wespen“ Paranoia querulans geschildert ist, dass eine Querulantin meisterhaft in Racine's „Plaideurs“ dargestellt ist und dass Jules Felset schon in der soc. méd. psychol. vom 25. Februar 1878 darauf hinwies, dass diese Sorte von Kranken nicht oder nur vorübergehend hallucinirt.

Typisch für diese Paranoiker erscheint den Verff., dass es immer Belastete sind, Menschen, die die Aussenwelt von ihrem eigenartigen Stand-

punkt aus besehen, Egoisten, leicht verletzliche, eigensinnige, streitsüchtige, eitle Naturen, die überall eine Gefährdung ihrer weit vorgeschobenen Interessen wittern, reiz- und streitbar in der Wahrung derselben sind. Sie fühlten sich früh zurückgesetzt, ihre Talente und Vorzüge nicht anerkannt, sind früh zerfallen mit ihrer Familie, ohne Freunde, gemieden, Stänker, Rabulisten, unverträglich. Viele verbleiben auf dieser Stufe. Das Publikum hält diese Kranken gewöhnlich für gesund und nimmt Partei für sie. Die Form dieser Paranoia ist eine originäre.

***Köppen*, Beitrag zur forensischen und klinischen Beurtheilung des sog. Querulantenwahnsinns. — Charité-Annalen XIX. Jahrg.**

Verf. giebt ausführlich zwei sehr gut beobachtete forensische Fälle, die für den Aufbau der Lehre vom Querulantenwahnsinn, als einer eigenartigen Form der Paranoia werthvoll sind und im Original nachgelesen zu werden verdienen.

***Köppen*, Querulantenwahnsinn bei einem Entarteten. — Charité-Annalen XX. Jahrgang.**

Klinischer Fall eines hereditär degenerativen Menschen, der seit Jahren neurasthenisch, zeitweise melancholisch und hypochondrisch, allmählich Erscheinungen psychischer Schwäche bietet, Wahnideen der Verfolgung producirt, sobald ihm Schwierigkeiten oder Unbequemlichkeiten sich entgegenstellen.

***Köppen*, Der Querulantenwahnsinn in nosologischer und forensischer Beziehung. — Archiv f. Psychiatrie XXVIII, 1.**

Werthvolle Studie. Bedenklichkeit des zu Irrthümern namentlich in Laienkreisen Anlass gebenden Terminus-Querulantenwahnsinn. Querulirende Schwachsinnige und selbst Paranoiker sind damit noch nicht mit „Querulantenwahnsinn“ behaftet. Charakteristisch für diese eigene Art von Paranoia ist die vernünftelnde, wesentlich durch Urtheilstäuschung, idiotorische nicht hallucinatorische Art der Wahnbildung, die ausserordentliche Energie in dem Festhalten an dem Handeln im Sinne der Wahnvorstellungen, was zum Theil mit dem affectvollen seelischen Zustand dieser Kranken zusammenhängt. Selbstüberhebung, Machthaberei, Lust am Skandal sind bei gewissen Gruppen dieser Kranken besonders markante Einzelzüge. Bei anderen sind moralische und intellectuelle Defecte auffällig, mit den Consequenzen verbrecherischer Neigungen in der Unfähigkeit zum Erringen einer festen Lebensstellung.

Aetiologisch fällt die Häufigkeit erblicher oder sonstwie entstandener Belastung auf. Wichtig als veranlassende Ursachen können Alkoholmissbrauch, Trauma capitis, Senilität werden. Die Kränkung des Rechtsgefühls als psychisches ätiologisches Moment will Verf. nicht recht gelten lassen.

Verf. macht Bedenken geltend gegen die Einheitlichkeit des Begriffs eines Querulantenwahnsinns, den er nur als Sammelbegriff stehen lassen will.

Den Schluss des beachtenswerthen Aufsatzes bildet eine kritische Besprechung der Einzelzüge des Krankheitsbildes und die Erwägung, welche derselben am zweckmässigsten als Beweis der Geisteskrankheit vor dem Forum zu benutzen wären. Verf. kommt zu folgenden Correlarien:

1. Die Behauptung, man habe Leute blos wegen ihres unbequemen Querulirens gerichtsärztlich für geisteskrank erklärt, ist unrichtig. Stets wurde der Beweis der Geisteskrankheit aus anderen Thatsachen gewonnen.

2. Der Name Querulantenwahnsinn wäre aus practischen Gründen ferner in den Gutachten zu vermeiden.

3. Der Querulantenwahnsinn ist kein klinisch einheitlicher Begriff. Das Leiden ist vor allem der Paranoia, dann aber auch dem Degenerationsirresein resp. der Imbecillität, den traumatischen Psychosen, der Dem. senilis, dem Alkoholismus zuzurechnen. Der Name Querulantenwahnsinn ist aber ein guter Sammelbegriff für Fälle, die durch äussere Umstände ein besonderes Gepräge erhalten.

4. Die Wahnbildung bei den kranken Querulanten ist als raisonnirende Wahnbildung zu bezeichnen.

5. Der Beweis des Querulantenwahnsinns ist in foro häufig nur durch die Feststellung möglich, dass die Deductionen der Kranken der Begründung entbehren und uncorrigirbare Irrthümer (Wahnideen) geworden sind.

6. Queruliren ist ein psychopathisches Symptom, vielleicht aber unter Umständen Eigenthümlichkeit eines Zeitalters oder eines Volksstammes.

7. Der Querulantenwahnsinn ist remissionsfähig, unter Umständen vielleicht sogar heilbar.

Der Arbeit ist ein Literaturverzeichniss beigefügt.

Strassmann, Beiträge zur Lehre vom Querulantenwahn. — Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen. 3. Folge, XII, 1.

Verf. weist mit Recht darauf hin, dass krankhaftes Queruliren nicht gleichbedeutend ist mit Querulantenwahnsinn. So giebt es z. B. Querulanten, die einfach dem Gebiet der Imbecillität oder auch des alkoholischen Schwachsinns angehören. Die echte Form des Querulantenwahnsinns gehört der Paranoia an und lässt sich etwa mit *Hitzig* als Paranoia querulatoria bezeichnen. Sie bietet vielfache Uebergänge und Combinationen mit den anderen Formen der Paranoia.

Verfasser bringt sechs Fälle von Querulanten in Form ausführlicher Gutachten und zeigt in feiner klinisch psychologischer Darstellung die Unterschiede der im Symptom des Querulirens übereinstimmenden Fälle auf.

Näcke, **Zur Frage der sog. Moral insanity. — Neurologisches Centralblatt. XV. Jahrg. No. 11 u. 15.**

Verf. geht von der von ihm schon früher verfochtenen These aus, dass Moral insanity keine specifische Krankheit, sondern nur eine Abart des Schwachsinns sei.

Nach beachtenswerthen Versuchen das für die Diagnose Entscheidende zu ermitteln, gelangt Verf. zum Versuch, alle Fälle von Moral insanity in folgende drei Gruppen einzuordnen: 1. in die „grösste, die des Schwachsinns, wozu wir auch die Fälle des „physiologischen" Schwachsinns rechnen wollen, denen auch sicher das Gros der Recidivirten angehört; 2. in die Gruppe der originär Verrückten — vielleicht besser Paranoide genannt — so wenig sicher dieser Begriff auch ist; endlich 3. in die verschwindend kleine Zahl der moralisch Blöden im engsten Sinne, die mehr oder minder zu den Degenerirten gehören".

Gruppe 1 und 2 sind (ausgenommen Fälle von nur „physiologischem" Schwachsinn) Geisteskranke im üblichen Sinne. Gruppe 3 befindet sich auf dem Grenzgebiet und ihre Repräsentanten haben dieses ins Pathologische hinein überschritten, wenn sie sich und Anderen schaden und dadurch ihre Adaptionsunfähigkeit an das Milieu hinreichend beweisen.

Bezüglich der Behandlung gehören nach Verf. Gruppe 1 und 2 in Irrenhäuser; die „physiologisch" Schwachsinnigen (das Gros der „Gewohnheitsverbrecher") sind bedingt zurechnungsfähig, jedoch ist der Strafvollzug nach dem Grade des endogenen Factors zu mildern. Sind es Jugendliche, so hat eine Erziehungsanstalt für sittlich Gefährdete einzutreten. Bei den eigentlichen moralisch Irren mit fast intactem Intellect, wo die Erziehung meist aussichtslos ist, ist Grad und Art des Gemüthsdefects. sowie der Geldpunkt maassgebend. Bei Fehlen altruistischer Gefühle und sonst correcter Haltung kommen die Betreffenden nicht in Frage. Begehen solche Defectmenschen perverse, aber relativ unschuldige Handlungen, so kann die Familie den eventuellen Schaden bei genügender Wohlhabenheit decken und den Thunichtgut bei sich behalten. Kommen wirkliche Verbrechen zu Stande, so gehört der Inculpat, wenn auch nicht geisteskrank im engeren Sinne, so doch unzurechnungsfähig, in eine Irrenanstalt.

Knauer, **Ein verurtheilter, im Gefängniss verstorbener und post mortem rehabilitirter Paralytiker. — Deutsche med. Wochenschrift No. 42.**

M., Gerichtssecretär, geb. 1837, wurde im Herbst 1892 der Unterschlagung amtlicher Gelder bezichtigt und mit 1½ Jahren Gefängniss bestraft, obwohl er in der Hauptverhandlung sich ganz dement benommen hatte. Er starb am 6. Januar 1894 an Paralyse. Durch Anamnese und Beibringung charakteristischer Schriftstücke wurde der Beweis erbracht, dass M.

schon seit 1891 an Paralyse erkrankt war, was die Juristen in foro gar nicht gemerkt hatten!

Auf diesen Nachweis hin erfolgte Wiederaufnahme des Verfahrens und Rehabilitirung. Verf. hielt die Veröffentlichung des Falles gerade jetzt geboten, „wo Leute, die ernsthaft genommen zu werden beanspruchen, Laiencommissionen als Beurtheiler von Geisteskranken fordern".

Hoppe, Die ärztliche Sachverständigenthätigkeit bei zweifelhaften Geisteszuständen. — Berliner klin. Wochenschrift No. 33.

Verf. bespricht die Unkenntniss der praktischen Aerzte im Gebiet der Psychiatrie, die Mangelhaftigkeit solcher Kenntnisse von Seiten der Medicinalbeamten, das Pro forma-Physicatsexamen in Psychiatrie, die Bedenklichkeit, ja Gefährlichkeit gerichtsärztlicher Begutachtung durch solche Aerzte, die event. blos ein Compendium durchstudirt, aber keine praktische Erfahrung haben. Er verweist auf zahlreiche Fälle, wo selbst Paranoiker und Paralytiker verkannt, für Simulanten gehalten wurden, wirkliche Simulanten als Geisteskranke imponirten!

An all dem ist der Staat schuld. Das Studium der Psychiatrie muss obligat, diese Prüfungsgegenstand werden; für Medicinalbeamte verlangt Verf. mit Recht, dass sie ein Jahr an einer Irrenanstalt oder Irrenklinik thätig gewesen sein müssen.

Ein Fall von hereditärer Verrücktheit. — Irrenfreund XXXVIII, 3 und 4.

Obergutachten eines Medicinalcollegiums, 1869 erstattet über einen Fall von hereditärem Entartungsirresein, der im Auszug nicht mittheilbar ist und wesentlich nur historisches Interesse hat, da er die Ansichten über Entartungsirresein aus älterer Zeit wiederspiegelt.

Anlass des Gutachtens war die gegen den Kranken, einen Gutsbesitzer, erhobene Anklage, er habe seine ungeliebte und an Tuberculose leidende Ehefrau vergiften wollen und Aerzte zur Beschleunigung des Todes zu verleiten versucht. Auf Grund des Gutachtens wurde die Untersuchung eingestellt, der Kranke unter Curatel gestellt, nach Jahren auf Grund eines Zeugnisses von Prof. *W.* in Leipzig wieder in seine bürgerlichen Rechte eingesetzt. Es gelang ihm schliesslich noch den Koburg'schen Freiherrenstand zu erwerben.

Ballet, Ueber gesetzliche Maassregeln hinsichtlich wegen Irrsinns nicht bestrafter Delinquenten. — Annales médico-psychologiques. LIII. Jahrgang. September, October.

Das französische Gesetz hat hinsichtlich solcher Individuen keine Bestimmung. Nur auf Grund von Gemeingefährlichkeit giebt der Art. 18 des Gesetzes von 1838 den Präfecten die Befugniss, für die Unterbringung

solcher Kranken in Irrenanstalten vorzusorgen. Aber diese Maassregel ist nicht obligatorisch und selbst wenn sie stattfindet, so bleibt es dem Arzt des Kranken überlassen, wenn er ihn wieder freigeben will. Die gefährlichen Irren sind es durch chronische Krankheit und dauernd oder durch intermittirende und nur temporär.

Das Gros der ersteren Kategorie wird durch Fälle von Paranoia persecutoria dargestellt. Daran reihen sich Schwachsinnige mit perversen Trieben, ferner Fälle mit Zwangsvorstellungen und solche von impulsivem Irresein. Bei all diesen wird dauernde Internirung nöthig sein, unbeschadet zeitweiser Aufhebung derselben bei Obsédés und impulsifs.

In der 2. Kategorie figuriren die Epileptiker an erster Stelle. Hier lässt sich keine allgemeine Regel aufstellen. Das Gleiche gilt für Fälle von periodischem und alkoholischem Irresein. Verf. verlangt dringend Trinkerasyle.

Die einfachen Fälle von Irresein (Melancholie W. S. W.) endigen mit Genesung oder Demenz. Darnach beurtheilt sich die Frage nach der Dauer ihrer Internirung.

Verf. verlangt zum Schutz der Gesellschaft vor gefährlichen Irren, die anlässlich einer strafbaren Handlung wegen Krankheit freigesprochen wurden, gesetzliche Regelung dieser wichtigen Angelegenheit. Er findet den gegenwärtigen Stand der Gesetzgebung ungenügend. Die administrative Behörde soll nicht nur das Recht, sondern die Pflicht haben, über gefährlich Irre zu verfügen und das entscheidende Wort haben, wenn es sich um die Entlassung eines solchen Kranken aus der Anstalt handelt.

v. *Krafft-Ebing*, Ueber Unzucht mit Kindern und Paedophilia erotica. — *Friedreich*'s Blätter für gerichtl. Medicin XXXXII, Heft 4.

Zunahme der von Erwachsenen an Kindern begangenen sexuellen Delicte, zum Theil auf Grund psychopathischer Bedingungen. Bedeutung des Alkoholmissbrauchs in der Hervorrufung solcher Ursachen des Delicts bei nicht geistig krankhaften Personen. Die sexuellen Delicte Psychopathischer erfolgen in angeborenen oder erworbenen Defect- und Entartungszuständen, ganz besonders solchen von alkoholischer Provenienz, zuweilen auch in alkoholischen und epileptischen Ausnahmszuständen. Es giebt eine eigene Art psychosexualer Perversion („Paedophilia erotica"), die zu solchen Delicten antreibt. Mittheilung von Fällen aus der Literatur und solchen (4) aus eigener Erfahrung. Diese Paedophilie scheint dem Gebiet des Fetischismus pathologicus anzugehören. Sie kommt auch auf homosexualer Grundlage vor, bedingt an und für sich nicht Straflosigkeit bezüglich aus ihr hervorgehender Delicte, verdient aber die Zulassung mildernder Umstände.

Pacotte und *Raynaud*, Ein Conträrsexualer vor Gericht. — Archives d'Anthropologie criminelle X, No. 58 p. 435.

X., 36 Jahre, aus Algier, letztes Kind von 19 Kindern eines Säufers und einer Hysterischen, welche Kinder alle Zeichen von Belastung und Neurosen an sich tragen, selbst schwer belastet, ethisch und intellectuell defectiv, Journalist, seit der Pubertät mit epileptoiden Anfällen behaftet, alkoholintolerant, klein, schwächlich, von asymmetrischem Gesichtsschädel, normalen Genitalien, ohne Zeichen passiver Päderastie, hat seit dem 18. Jahre masturbirt, nie sich zu Weibern hingezogen gefühlt, bei Coitusversuchen sich frigid und impotent gezeigt.

Dagegen erregten ihn mächtig Knaben von 10—15 Jahren. Obwohl bewusst der Strafbarkeit seiner Handlung, konnte er sich oft nicht enthalten, selbst Knaben zu pädiciren. Oft genügte ihm aber ihr bezaubernder Anblick, ihr süsses Lachen. In seinen Gedichten besang er sie. Nie reizte ihn der Erwachsene, eben so wenig das kleine Mädchen. Erst vom 22. Jahre ab, als ein Knabe von 12 Jahren sich ihm zu sexuellem Verkehr aufdrängte, sei er pädophil geworden. Damals wies er den Verführer noch zurück, bald aber konnte er dem anlässlich jenes Vorfalls in ihm wachgerufenen Drang nicht mehr widerstehen, auch dann nicht, als er mehrfach eingesperrt und verurtheilt wurde. Aber sein Leben war ihm wegen dieser Pädophilie verleidet und wiederholt hatte er ernstliche Selbstmordversuche gemacht.

In feiner psychiatrischer Expertise machen es die Begutachter klar, dass es sich hier um eine schwer hereditär degenerative Persönlichkeit handelt, bei welcher die sexuelle Perversion nur eine Theilerscheinung eines grossen psychopathologischen Ganzen ist.

Neben der homosexuellen Gefühls- und Triebsrichtung, welche die Aversion gegen das weibliche Geschlecht und die psychische Impotenz bei sexuellem Verkehr mit Weibern begreiflich macht, erscheint eine specielle Anomalie innerhalb der Homosexualität — die ausschliessliche Neigung für Knaben, und zwar von bestimmtem Alter und zarten Formen.

Das Gutachten lautete auf degenerative Geistesstörung, die Unzurechnungsfähigkeit und grosse Gemeingefährlichkeit bedinge. X. war untröstlich über diesen Ausgang. Er kam in eine Irrenanstalt, während er gehofft hatte, mit einer milden Strafe durchzukommen.

Alzheimer, Ein „geborener Verbrecher". — Archiv für Psychiatrie XXVIII, 2.

Verf. hatte Gelegenheit einen Menschen zu beobachten und zu begutachten, der von *Kurella* in seiner „Naturgeschichte des Verbrechers" S. 213 als ein Betrüger, der eine interessante Nervenkrankheit vorgiebt, um vom Betrug zu leben, charakterisirt wurde. Verf. gelangte zu einem anderen Resultat.

O., geb. 1865, früher Candidat der Theologie, wegen Schwindeleien und Bettelns gerichtlich beanstandet, aus schwer belasteter Familie, mit Schuhfetischismus behaftet, bot seit etwa dem 21. Jahre von Zeit zu Zeit

Episoden, in welchen er von einem unwiderstehlichen Drang befallen war, selbst mit Gefahr des Verlustes der werthvollsten Güter und Lebensaussichten, fortzulaufen und zu träumen und zu trinken. Auch als Militär hatte er sich solches Fortlaufen vom Dienste zu Schulden kommen lassen, eine wahre Deambulatio eines Degenerirten, und deshalb seinen Vorgesetzten ein Räthsel geschienen, da er intervallär in seinem Betragen musterhaft gewesen war.

Endlich von Militärärzten explorirt, lautete das Gutachten dahin, dass O. an „periodischem Irresein“ auf angeborener Grundlage leide, worauf der „geborene Verbrecher“ als unbrauchbar aus dem Militärdienst entlassen wurde. Er sank in der Folge tiefer und tiefer, wurde Vagant, schwindelte herum, war auch wiederholt in Irrenanstalten.

Die Beobachtung des Verf. ergab eine hochgradige Asymmetrie der Schädelbildung, grössere Länge des rechten als des linken Fusses u. s. w.

Seinen Schuhfetischismus führt O. auf das 8. Lebensjahr zurück. Er habe damals in der Schule öfters Gegenstände auf den Boden fallen lassen, um den Füssen der Lehrerin nahe zu kommen. Er macht es glaubhaft, dass es episodisch das Bild eines weiblichen Schuhes war, welches ihn zum Davonlaufen nöthigte, indem es übermächtig und peinlich sich ihm aufdrängte.

Durch diesen unseligen Trieb sei es wesentlich gekommen, dass er so verbummelt sei; für seine strafbaren Handlungen hält er sich selbst für verantwortlich.

Das thatsächliche Bestehen von Schuhfetischismus erwies Verf., indem er O. in sinnreicher Weise auf die Probe stellte. *Kurella* hatte diesen Schuhfetischismus ohne Weiteres für geschwindelt und nach dem Muster anderer neuester Kritiker der Leistungen auf dem Gebiet der Perversionen des Sexuallebens, das angebliche Phänomen als aus der Lectüre der „Psychopathia sexualis“ wahrscheinlich geschöpft erklärt.

Verf. nahm sich die Mühe zu constatiren, dass O. dieses Buch gar nie gelesen hat. Die weitere Abfertigung der Gründe, welche *Kurella* bestimmten, eine falsche Diagnose zu stellen, möge im Original nachgelesen werden.

Das den Erfahrungen der Wissenschaft entsprechende Gutachten des Verf. stützt sich auf hereditäre Belastung, Schädelverbildung und andere Degenerationszeichen, Perversio sexualis mit Erscheinungen eines periodischen psychischen Ausnahmszustandes, in welchem der temporär übermächtige perverse Trieb in Zwangsideen und Zwangshandlungen sich ausprägt.

Aber auch intervallär kann O. für seine strafbaren Handlungen nicht verantwortlich gemacht werden, da er, als Theilerscheinung seiner degenerativen psychopathischen Verfassung nervöse Störungen und anderweitige psychische Anomalien in Gestalt moralischer Defecte u. s. w. aufweist.

O. leidet an einer erblich degenerativen Geistesstörung und ist als gemeingefährlich zu bezeichnen.

Vallon, Gutachten über einen Stofffetischisten. — Annales d'hygiène publique XXXIV, 6. December 1895.

Am 9. December 1894, Abends 8 Uhr, bemerkte Ingenieur D., der mit seiner Frau in einem Lesezimmer sass, ein Individuum herumschleichen. Beim Fortgehen entdeckte man, dass seiner Frau ihr Oberkleid abgeschnitten war. Dasselbe entdeckte eine andere Dame an ihrem eigenen Kleide. Es gelang den muthmaasslichen Thäter X. zu verhaften. Man fand bei ihm eine Scheere, 7 Ausschnitte von Damenkleidern und bei der Haussuchung zahllose Stücke Band, Stoff, Pelz, die offenbar aus Damentoiletten ausgeschnitten waren.

X. leugnete, obwohl in seinen Taschen befindliche Stoffstücke in die Defecte der Toiletten der Damen passten. Die Scheere diente ihm angeblich zum Nägelschneiden.

X. ist 31 Jahre alt, sieht viel älter und verlebt aus, bietet degenerative Ohren, normale Genitalien. Ein Grossonkel und eine Schwester sind Idioten gewesen, der Vater ein Säufer. X. galt für etwas bizarr, tüchtig im Beruf als Bäcker. Er behauptet normalen sexuellen Verkehr, stellt Onanie in Abrede, ist etwas dem Trunk ergeben, versichert von seinen Beschädigungen an Damentoiletten nichts zu wissen(!), er habe am Tage der Verhaftung mehr als 10 Gläser Absynth getrunken. In der Haft bietet X. keine Spuren von Alcoholismus, aber auch nichts von Epilepsie in seiner Vergangenheit. Verf. wagt nicht sicher bei dem hartnäckig leugnenden X. seine strafbaren Handlungen auf Fetischismus zurückzuführen. Die (angebliche) Amnesie ist weder durch Rausch noch epileptischen Ausnahmszustand erklärbar. (Offenbar erlogene Amnesie, Fall von echtem Fetischismus bei einem Belasteten, die einzelnen Acte, wie so häufig, begangen unter dem sexuell stimulirenden und die moralische Widerstandsfähigkeit herabsetzenden Einfluss von Alkoholexcessen. Ref.)

Freigesprochen und in's Beobachtungszimmer der Polizeipräfectur versetzt, gestand X. Dr. *Garnier* seinen ganzen Fetischismus (vergl. dessen Schrift „les fétischistes“ Paris 1896).

Vigouroux, Ein verurtheilter Exhibitionist. — Annales médico-psychologiques. März, April.

E., 32 Jahre, ist kürzlich zum 4. Mal wegen Exhibirens auf offener Strasse vor kleinen Mädchen verurtheilt worden.

Er ist auffällig durch enorme Asymmetrie des Gesichtsschädels, vorspringende Stirn, degenerative Ohren, Stottern, näselnde Sprache, Struma.

Er ist imbecill, litt an Enuresis bis zur Pubertät war nie epileptisch, fing früh an zu masturbiren. Schon mit 13 Jahren wurde er betreten, als er auf der Landstrasse vor einer Frau und einem Mädchen onanirte. Mit 24 Jahren ging er ein Concubinat ein. Seine Potenz, Anfangs normal, hat nach den Mittheilungen seiner Zuhälterin in den letzten Jahren nach-

gelassen. Neben Coitus masturbirte und exhibirte er. Das letztere that er gelegentlich auch vor Knaben, einmal auch vor einer 84jährigen Frau. Wiederholt verführte er auch kleine Mädchen zu Berührungen seiner Genitalien.

Der Drang zu Exhibition kommt ihm plötzlich bei der Arbeit, zuweilen ist er angeregt durch den Anblick kleiner Mädchen.

Dann wird seine Miene ganz sonderbar, sein Blick starr, es wird ihm schwindlich, er empfindet Herzklopfen, es schnürt ihm die Brust zusammen und ganz ohne Rücksicht auf die Verhältnisse, in einem geistigen Betäubungszustand, exhibirt er. Nach etwa 2 Minuten findet er sich wieder, schämt sich und bringt seine Toilette wieder in Ordnung. Meist kommt es bei ihm, während er exhibirt, nicht zur Erection, aber er empfindet momentan eine grosse Befriedigung und Erleichterung. Nach Erstehung seiner Strafe hat E. gleich wieder zu exhibiren angefangen.

Hoche, Zur Frage der forensischen Beurtheilung sexueller Vergehen. — *Mendel*'s neurolog. Centralblatt 2.

Verf. berichtet von einem Exhibitionisten gewöhnlicher Sorte, dessen „nachweisliche directe erbliche Belastung mässig“ war, bei dem von früher Kindheit an „angeblich ein lebhafter Geschlechtstrieb“ bestanden hatte, der in unwiderstehlichem Trieb zu seinen Exhibitionsacten gezwungen gewesen sein wollte, weder epileptisch noch geistesgestört im engeren Sinne sich erwies, wohl als „eine weichliche, schlaffe Natur, nicht aber als schwachsinnig zu bezeichnen war“ zu einem Jahre Gefängniss verurtheilt, während dieser Zeit nichts von abnormen Trieben gezeigt und nach Verbüssung der Strafe geheirathet hatte.

Verf. erklärt diesen Fall damit, dass er bei dem geschlechtlich übersättigten X. einen „Reizhunger“ annimmt (analog dem Alkoholisten und Morphinisten), dessen Befriedigung auf sexuellem Gebiet, aber nicht auf quantitativem, sondern auf qualitativem Wege gesucht wird, und zwar in einer ungewöhnlichen Befriedigung des durch andere Praktiken, besonders durch Onanie schon längst nicht mehr zum Genuss gelangenden Geschlechtssinns.

Der bei manchem Exhibitionisten im läppischen Act enthaltene Kitzel mag die Speculation auf die Weckung sexueller Empfindungen bei dem Vis-à-vis sein, womit Verf. allerdings Recht haben dürfte. Er erkennt auch an, dass zur Ausführung solcher Handlungen ungewöhnliche Stärke des Triebes und Wegfall gewohnter Hemmungen (so oft auf Grund von Schwachsinn) nöthig ist.

Die von der Vertheidigung geltend gemachte hereditäre Disposition des O. mag für die Schätzung der Widerstandskraft des Thäters gegenüber seinen Impulsen in Betracht kommen, aber nur dann, wenn jene sich in nachweisbaren psychischen Symptomen kund thut.

Die Mahnung, aus der äusseren Form eines wenn auch noch so seltsamen Vergehens keine Schlüsse auf den Geisteszustand in forensischer Hinsicht zu ziehen und die Forderung, dass aus der Thatsache, dass Jemand einem Antrieb erliegt, dessen Unwiderstehlichkeit nicht gefolgert werden kann, darf wohl nur als an Anfänger gerichtet betrachtet werden.

Verf. will offenbar an seinem Falle zeigen, dass Exhibition mit geistiger Intactheit verträglich ist. Dieser Nachweis gegenüber der bisherigen Erfahrung wäre wissenschaftlich und praktisch sehr werthvoll, aber ohne eingehende Darlegung des Falles durch Mittheilung des vollständigen Gutachtens ist sein Fall nicht discutirbar. Der unbefangene Beurtheiler wird vorerst den Eindruck nicht verwinden können, dass es sich hier um eine wenn auch nur „mässig direct erblich belastete", so doch immerhin um eine belastete, geistig abnorme Persönlichkeit handelte, der mildernde Umstände soweit als möglich zugebilligt werden müssen.

Dieser Excurs über Exhibitionismus ist für den Verf. aber nur eine Einleitung zu einer längeren Auseinandersetzung gegenüber neuerlichen Bestrebungen, das Pathologische der Erscheinungen sogenannter conträrer Sexualempfindung in ein helles Licht zu setzen und den § 175 des deutschen Strafgesetzbuchs abzuschaffen resp. abzuändern.

Er bekennt sich als Gegner einer Abolition des § 175 und zwar aus folgenden Gründen:

Die Häufigkeit des Vorkommens echter conträrer Sexualempfindung und damit das Dringliche der Angelegenheit wird viel zu hoch geschätzt.

Die bezüglichen Angaben der betreffenden Individuen sind sehr vorsichtig zu verwerthen. Abgesehen von bewusstem Schwindel, trüben leicht mögliche Erinnerungstäuschungen, der Einfluss der Lectüre der Psychopathia sexualis die Sicherheit der Diagnose. Belege für den Einfluss dieser Lectüre sind für Verf. der Umstand, dass in der vorliegenden Casuistik viel mehr Gebildete (Bücherlesende) vorkommen als Ungebildete, dass solche Fälle im poliklinischen Material einen verschwindenden Bruchtheil bilden, und dass Verf. von vielbeschäftigten Psychiatern erfahren hat, dass die durchschnittliche Schätzung der Häufigkeit der conträren Sexualempfindung nicht annähernd die Höhe erreicht, die als Basis der Bewegung gegen § 175 figurirt. Verf. unterlässt es nicht auf die Gefahr hinzuweisen, welche die Lectüre der Psychopathia sexualis für unreife, disponirte Individuen mit sich bringt und beruft sich dabei auf die Autorität von *Aschaffenburg*, während die Erfahrung Anderer vielfach das Gegentheil erweist.

Die Behauptung, dass Individuen, welche blos beischlafähnliche Handlungen mit Personen des eigenen Geschlechts begehen, ausnahmslos krankhafte Menschen seien, erklärt Verf. für unrichtig. Hier liegt ein Missverständniss vor, denn auf S. 16 der vom Verf. angezogenen Schrift, in welcher überhaupt nur conträr sexuale Männer gemeint sind, also krankhaft perverse und erwachsene, und auf welche sich der obige Ausspruch

S. 20 bezieht, liegt die richtige Bedeutung desselben, die bei unaufmerksamem Lesen oder bei Herausreissen der Stelle aus dem Zusammenhang, allerdings verloren geht.

Verf. berichtet dann aus eigener Erfahrung in einer Klosterschule beobachtete zahlreiche glühende Freundschaften unter Knaben und Jünglingen (selbst mit beischlafähnlichen Handlungen), die ganz gesund waren und gesund blieben. Dies beweist aber doch nur die Mächtigkeit des erwachenden Geschlechtstriebs und seine Richtung faute de mieux und ist eine banale Thatsache der Erfahrung.

Ganz besonders polemisirt Verf. gegen die Behauptung, dass Conträrsexuale genöthigt sein können, sich in corpore indebito sexuell zu befriedigen. Er meint, sie sollten sich darein ergeben, krank zu sein und auf Dinge zu verzichten, die ihnen versagt sind. Sie sollen ihr Geschick tragen, wie ja der Mensch oft auch positive Leiden in Gestalt maligner Neubildungen, Trigeminusneuralgie ertragen müsse! Dass dieser Vergleich bedenklich hinkt, muss Jeder, der directe Kenntniss von Conträrsexualen hat, ohne Weiteres zugeben. Ueberdies lehrt die klinische Analyse, dass die Mehrzahl der an c. S. Leidenden mit sexueller Hyperanthesie behaftet ist.

Nach der Meinung des Verf. sollen und können die geistig hochstehenden Urninge ihren perversen Trieb beherrschen, in ihrer Widerstandskraft durch „hereditäre Disposition Schwache" mögen im § 175 ein Gegengewicht für ihre Impulse finden, für geistig nachweislich Defecte und dadurch Widerstandslose hat man den § 51.

Der § 175 mag aus juristischen Gründen abänderungsbedürftig sein, aus ärztlichen ist er es nicht.

Zum Schluss mahnt der Verf. den „weichlichen Cultus", der heute mit der „Urningssache" getrieben wird, auf ein der wirklichen Bedeutung des Gegenstandes entsprechendes Maass einzuschränken. (Ref. kommt zu gegentheiligen Erfahrungen und bedauert, dass die bisher gelieferte Casuistik noch immer nicht genügt, um selbst Fachmänner über Wesen und Bedeutung einer äusserst häufigen und social wichtigen pathologischen Erscheinung aufzuklären. Von „weichlichem Cultus" sollte man da nicht reden, wo ernste und schwierige Fragen wissenschaftlicher Forschung in Betracht kommen.)

_Dr. M_ . . ., Zur Frage der forensischen Beurtheilung der conträren Sexualempfindung. — _Friedreich_'s Blätter für gerichtl. Medicin XXXXVII, Heft 6.

Polemik gegen vorstehenden Aufsatz von *Hoche*, dem Voreingenommenheit und Unerfahrenheit auf diesem Gebiete vorgeworfen wird. Zurückweisung der Behauptung, dass die Uebereinstimmung der Krankengeschichten bezw. Autobiographien auf suggestiven Einfluss der Lectüre solcher und

auf Erinnerungstäuschungen zu beziehen sei. Die übrigen mindestens von reicher Erfahrung zeugenden Einwände gegen *Hoche* mögen im Original nachgelesen werden.

Kovalewsky, Primäre Psychosen vom gerichtlich psychiatrischen Standpunkt. — Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique No. 80. März.

Besprechung der Melancholia simplex passiva, des directen und indirecten Selbstmords, den solche Kranke aus psychischer Anästhesie begehen, der aus Angst und Heimweh erfolgenden Gewaltthaten gegen die eigene Person und gegen Dritte, der falschen Selbstanschuldigungen, um mit dem Tod bestraft zu werden, der Fälle von Mord der eigenen Kinder. Daran reiht Verf. die Gewaltthaten aus Hallucinationen und Wahnideen. Dann bespricht er die (seltenen) Gewaltthaten der an hypochondrischer Melancholie Leidenden. Die reiche Casuistik des Verf. ist der älteren und neueren Literatur entlehnt.

Der vorstehende Aufsatz ist die Fortsetzung der unter gleichem Titel schon in No. 79 vom December 1895 begonnenen Abhandlung, in welcher Verf. eine Eintheilung der Psychosen und eine kurze Beschreibung der Melancholie gegeben hat.

Delbrück, Die angebliche Internirung eines Gesunden in einer Irrenanstalt. — Preussische Jahrbücher 86, Heft 1.

Unter dem Titel „Er ist verrückt“, Enthüllungen eines ehemaligen Geistlichen (Zürich-Leipzig, Th. Schröter 1896) erzählt ein Anonymus die Geschichte seiner angeblichen widerrechtlichen Internirung in einer Irrenanstalt. *D.* gibt Auszüge aus der Krankengeschichte des Betreffenden, aus welcher klar hervorgeht, dass der Anonymus an Paranoia persecutoria leidet und zur Zeit seiner Internirung anstaltsbedürftig gewesen ist.

Wanjura, Ueber die Verwerthung der hereditären Belastung bei gerichtsärztlicher Beurtheilung des Geisteszustandes von Verbrechern und Simulanten. — Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin. 3. Folge, Band XI, Heft 2.

Sehr fleissige Zusammentragung der wissenschaftlichen Erfahrungen über hereditäre Einflüsse bezüglich der Entstehung und Artung von Psychopathien, im Auszug nicht mittheilbar. Verf. bietet folgendes Resumé seiner Arbeit:

1. Unter Vererbung auf psychischem Gebiet ist die durch Geistes- oder Nervenstörung der Vorfahren auf die Nachkommen übertragene Disposition zu Psychosen und Neurosen zu verstehen.

2. Bei solchergestalt Disponirten kommt auch das Milieu social in Frage.

3. Die Häufigkeit der Heredität bei geisteskranken Verbrechern (nach *Näcke* 50—60 pCt.) wird allseitig bestätigt.

4. Die hereditäre Belastung äussert sich häufig als psychopathische Minderwerthigkeit.

5. Sie kann in Progression psychische Degeneration bewirken.

6. Die Bedeutung der hereditären Belastung steigt mit der Schwere derselben.

7. Verbrechen in der Ascendenz darf als hereditäres Moment nur vorsichtig verwerthet werden.

8. Als psychische Stigmata der hereditären Degeneration sind Zwangshandlungen bemerkenswerth. Besonders charakteristisch ist Dipsomanie.

9. Untergeordnet ist der Werth der körperlichen Degenerationszeichen.

10. Psychopathisch Minderwerthige hält Verf. für gemindert zurechnungsfähig. Sie können vorübergehend auch ganz unzurechnungsfähig werden (Zwangshandlungen).

11. Beim Fehlen des Begriffs geminderter Zurechnungsfähigkeit im Strafgesetz muss man für psychopathisch Minderwerthige mildernde Umstände geltend machen.

12. Viele „Verbrecher" und „Simulanten" sind psychopathisch Minderwerthige.

13. Simulation schliesst geistige Krankheit nicht aus. Sie weist an sich auf psychische Minderwerthigkeit hin. Auch der hier häufige „Verbrecherwahnsinn" wird anfangs oft verkannt und für Simulation gehalten.

14. Der Richter muss auf hereditäre Belastung Rücksicht nehmen und bei bestehender eine „Exploratio mentalis" verfügen.

15. Nur bei wirklich vorhandener psychischer Abnormität wird hereditäre Belastung zur Beurtheilung von Verbrechern und Simulanten bedeutungsvoll.

Kirn, Die Epilepsie und die epileptischen Geisteszustände vor dem Strafgerichtsforum. — Münchener medic. Wochenschrift No. 3.

Verf. macht auf die überaus grosse Zahl von geistesabnormen Epileptikern, deren allein in Deutschland 100000 vorhanden sein sollen, und auf Russel Reynold's Erfahrungen, wonach nur 38 pCt. solcher Kranker geistig intact seien, aufmerksam und verlangt selbstverständlich genaueste Prüfung des Geisteszustandes, da wo ein Epileptiker vor Gericht steht.

Er theilt die psychischen Anomalien der Epileptiker ein:

1. in dauernde progressive Aenderungen (epileptische psychische Degeneration — Aenderung des Characters, intellectuellen und ethischen Verfall). Landstreicherei, Gewohnheitsdiebstahl, falsches gerichtliches Zeugniss, Affecthandlungen bis zu Todtschlag, sexuelle Delicte sind hier häufig;

2. transitorische psychische Störungen. Hier zuweilen nur kurze Absencen mit automatischen Handlungen. Die transitorischen Psychosen

sind prae-, postepileptische oder Aequivalente des epileptischen Insults. Sie äussern sich klinisch als Stupor, acutes hallucinatorisches Delirium, protrahirter Dämmerzustand, manischer Furor. Darstellung der klinischen Erscheinungen dieser Zustände.

Diagnostische Gesichtspunkte. Epilepsie macht an und für sich nicht unfrei. In transitorischer Geistesstörung fehlt jede Zurechnungsfähigkeit. Bei in intervallärem Zustand begangenen Delicten kommt es auf Vorhandensein und Grad der epileptisch psychischen Degeneration an.

Bemerkenswerthe Winke für den diagnostischen Nachweis der episodischen Alimationszustände.

Feige, Die Geistesstörungen der Epileptiker. — Vierteljahrschrift für gerichtl. u. öffentl. Medicin. 3. Folge, IX, 2, X, 1.

Eingehende und beachtenswerthe klinisch-forensische Zusammenstellung bis zur Gegenwart, mit reichem Literaturverzeichniss.

v. Krafft, Motivlose Brandstiftungen eines mit Epilepsie und intellectuell-moralischer Insufficienz behafteten Jungen. — *Friedreich*'s Blätter für gerichtliche Medicin. Heft 3.

G., von hysterischer Mutter, epileptisch seit dem 10. Jahr, moralisch und intellectuell imbecill, hat angeblich in der Nacht nach einem epileptischen Anfall motivlos seinem Dienstherrn das Besitzthum angezündet. Die Epilepsie ist sichergestellt, wahrscheinlich in Rachitismus cranii veranlagt. Auch Iracundia und Morositas epilept. erwiesen.

Das Gutachten erwies eine intellectuell und moralisch defecte, auf der Entwicklungsstufe eines Kindes stehen gebliebene Persönlichkeit und nahm an, dass diese der Tragweite ihrer Handlungen nicht genügend bewusst sei. Die an und für sich motivlose, mitten aus dem Schlafe heraus erfolgte Brandstiftung, der Umstand, dass G. kurz vorher im Traume angstvoll winselte, sein starres Vorsichhinschauen während des Brandes lassen sich kaum anders als in dem Sinne temporärer Sinnesverwirrung auf epileptischer Grundlage deuten.

Marro, Ein Fall von zweifelhafter Testirfähigkeit. — Annali di Freniatria. Vol. VI, Heft 1.

Geschichte eines schwer belasteten geistig nicht aequilibrirten, früh dem Müssiggang und Trunk ergebenen ledigen Mannes, der seine Familie zu Gunsten einer Person, die seine alte treue Dienerin zu verdrängen und sich im Hause unentbehrlich zu machen gewusst hatte, enterbte.

Die Expertise ermittelte, dass X. das Testament im Zustand grosser durch Alkoholausschweifung vermittelter intellectueller und moralischer Schwäche errichtet hatte, seit Jahren nie mehr nüchtern war und drei Tage

vor der Testamentserrichtung in einem pathologischen Rauschzustand sich befunden hatte.

Das Gutachten lautete dahin, dass X., in der Nachwirkung eines solchen Zustands befindlich, wahrscheinlich nicht compos sui war, bestimmt aber schon durch seine Geisteschwäche a potu dauernd nicht mehr im Stande war, ein seinen freien Willen enthaltendes Testament zu errichten.

Altersblödsinn, Trunksucht, Schenkung. — Zeitschrift „Der Irrenfreund" XXXVIII, 1 u. 2.

X. unterschrieb 1886, 76 Jahre alt, eine Schenkungsurkunde über 300 Mark, die ein früherer Geselle, der ihm 12 Jahre treu gedient hatte, nach X.'s Tode erhalten sollte. Nach dem Tode des X. 1892 fochten die Erben das Legat wegen Dementia senilis des Testators an.

Tobsucht auf Grund von Alkoholismus, Dementia senilis werden als schon vor 1886 bestanden durch Zeugen erwiesen. Möglichkeit, dass X. zur Zeit des Unterschreibens der Urkunde der Bedeutung und Folgen seiner Handlung bewusst gewesen sei, aber Unmöglichkeit, aus dem vorhandenen Aktenmaterial diese Frage zu entscheiden. Ein anderer Experte gutachtete auf Dispositionsfähigkeit. Die Schenkung wurde für rechtsgültig erklärt.

Siemerling, Casuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie. — Vierteljahrschrift f. gerichtl. Medicin. 3. Folge, Band XII.

Erste Gruppe.

Keine Geistesstörung im gesetzlichen Sinne (§ 51 St.G.B.)

Beob. 1. Kaufmann, 61 Jahre, unzureichende Führung der Handelsbücher u. s. w. Bloss Nervosität und Migräneanfälle.

Beob. 2. Postassistent, Unterschlagung eines Geldbriefes, Entweichung. In Beobachtung: Kopfweh, Schlaflosigkeit, Neigung zu Schwindel; früher vielleicht Anfälle von nächtlichem Aufschrecken. Versuch Erinnerungsdefect zu simuliren. Kein Anhaltspunkt für Epilepsie.

Beob. 3. Kaufmann, 35 Jahre, fortgesetzte Unterschlagung hoher Beträge. Seit Jahren Neurasthenie, Morphinismus. Seit April 1891 reflectorische Pupillenstarre. November 1891 Erregungszustand mit Suicidversuch. April 1892 Verhaftung. Neuerlich gemüthliche Depression mit Verfolgungswahnvorstellungen. Beweis für geistige Störung Mai 1890 und Juli 1891 nicht zu erbringen.

Beob. 4. Graveur, 39 Jahre, Gewohnheitsverbrecher. Versuch der Simulation, chronische Verrücktheit zu simuliren. Nachweis der Simulation.

Beob. 5. Arbeiter, 31 Jahre, Anklage wegen Betruges. Annahme der Simulation. Nachweis einer schweren hypochondrischen Verrücktheit.

Beob. 6. Kellner, wiederholt bestraft (Raub, Diebstahl). Im Gefäng-

niss: Selbstanklage, die Mutter ermordet zu haben. Verdacht auf Simulation. Nachweis hallucinatorischer Verrücktheit.

Beob. 7. Müller, 40 Jahre. Selbstanklage, den Vater 1874 umgebracht zu haben. Nachweis chronischer Paranoia.

Jolly, Moeli, Superarbitrium, ebenda XI, Heft 1.

Erwürgen der Ehefrau. Vorgeschützte Epilepsie und Geistesschwäche. Belastete reizbare Persönlichkeit. In der Haft acutes hallucinatorisches Irresein. Genesung. Nachweis, dass X. gegenwärtig nicht geisteskrank, auch nicht zur Zeit der That im Zustand krankhafter Störung der Geistesthätigkeit oder der Bewusstlosigkeit gewesen ist. 9 Jahre Zuchthaus.

Chaulet, Versuchter Selbst- und Verwandtenmord. — Annales d'hygiène publique XXXIV, 6. December 1895.

R., 38 Jahre, unbelastet, nie schwer krank gewesen, von normalen Geistesfähigkeiten und mässiger Lebensweise, Bäcker, Familienvater, begann nach 4jähriger glücklicher Ehe an der ehelichen Treue seiner Frau zu zweifeln. Ueberdies warf er ihr Unordentlichkeit in der Führung des Haushalts und der Geschäftsbücher vor. Er war darüber betrübt, behandelte aber die Frau artig und äusserte seinen Kummer nicht vor Fremden. 1891 nach einem Wortwechsel mit der Frau Selbstmordversuch. Trennung der Ehegatten, 1892 zwei neuerliche Suicidversuche. 1893 Ehescheidungsklage der Frau. R. arbeitet in der Folge im Geschäft seines Vaters. Im September 1894 findet er seinen Weinberg von der Frau geerntet. Er glaubt, dass sein Vater sie dazu veranlasst hat, entdeckt, dass sein Vater ihn auch finanziell übervortheilt habe. Eines Tages rückt er seinem Vater vor das Haus, um ihn zur Herausgabe der vorenthaltenen Summe zu veranlassen und schiesst dreimal auf ihn (angeblich blos um ihn zu schrecken), ohne ihn glücklicherweise zu treffen. Darauf stellt sich R. selbst dem Gericht.

Die Expertise vermag kein „délire chronique systematisé de persécution“ nachzuweisen, erkennt aber das Pathologische des Falles an. Die Jury spricht R. frei.

Stöver, Fall von Simulation von Geisteskrankheit bei einem Geisteskranken. — „Der Irrenfreund“ XXXVII, 9 u. 10.

M., Weber, 1890 wegen Todtschlags und gewerbsmässigen Wilderns zu 15 Jahren Zuchthaus verurtheilt, wurde bald nach dem Antritt der Strafhaft für geistig krank erkannt (Paranoia praecipue religiosa), in die Irrenanstalt versetzt, aus dieser für unheilbar und unschädlich erklärt, der Privatpflege überlassen. Neuerlich (1894) unter dringendem Verdacht einen Gensdarmen als Wilderer erschossen zu haben, erschien er der Simulation von Geistesstörung verdächtig, kam auf sechs Wochen zur Beobachtung in

die Irrenanstalt, wo man Fortbestehen der früheren Paranoia und daneben allerlei Züge von Simulation im Sinne geistiger Schwäche constatirte. Er kam nun dauernd in eine Irrenanstalt, wo er fortfuhr, sich für ungerecht verfolgt zu erklären, die Wilddieberei für erlaubt erklärte und dies aus der Bibel zu beweisen glaubte. Er war überzeugt, Gott habe ihm geboten, jeden zu tödten, der ihn hindern wolle, aus dem Wald soviel Wild zu holen, als er für sich und seine Familie brauche.

Garnier und *Vallon*, Simulation von Tabes und Geistesstörung. — Archives de Neurologie. Januar.

Delannoy von 1877—81 Krankenwärter, von 1883—89 an Ataxie leidend und tabisch nach dem Urtheil hervorragender Aerzte in Paris, genas plötzlich 1889 in Lourdes von diesem angeblichen Leiden, wodurch der Ruhm dieses Gnadenorts, dank der Ausposaunung dieses Wunders, bedeutend vermehrt wurde. Der plötzlich Genesene blieb in Lourdes als Gärtner bei einer geistlichen Congregation, bis es ihm gefiel, seine Herrschaft um 600 Francs zu bestehlen und davon zu gehen. Vom September 1891 bis December 1893 war D. viermal in der Irrenanstalt St. Anne als Patient gewesen. Er war in der Apotheke beschäftigt und ging dort unter Entwendung von 1800 Francs und diversen Pretiosen durch. In St. Anne hatte er leichte Erscheinungen von Alkoholismus neben solchen psychischen Phänomenen geboten, dass man sie für simulirt hielt.

Endlich verhaftet, erschien D. wieder als Tabiker — aber die objectiven Symptome dieses Leidens fehlten, auch war die angebliche Ataxie wesentlich cerebellar, ganz atypisch und der Blick beim Gehen nicht auf den Boden, wie beim wirklichen Tabiker, sondern nach oben gewendet. Von seinem letzten Diebstahl wusste er nichts, später motivirte er diese Amnesie mit Trunkenheit und machte als Beweis dieser seine Erinnerung geltend, dass er, in diesem bewusstlosen unzurechnungsfähigen Zustand, beim Bettmachen das Bett des Apothekers halbfertig bei seiner Flucht zurückgelassen habe! Auch sonst verfügte er über eine Menge Erinnerungen aus jener Episode. Mit Recht erkannte die Expertise eine solche eigenthümliche Amnesie, die nur nach Trauma capitis und epil. Insult möglich sei, für erlogen.

Auch die Ataxie schwand ohne weitere Behandlung nach drei Wochen! Auf Hysterie, deren Spuren vergebens bei D. gesucht wurden, war sie nicht zurückführbar, somit ebenfalls simulirt. D. liess fortab seine Simulationsversuche bleiben und wurde zu vier Jahren Gefängniss verurtheilt.

Ballet, Eine grundlose Selbstanschuldigung. — Annales d'hygiène publique XXXV, 2. Februar.

B., 21 Jahre, seit der Kindheit schwachsinnig, angeblich seit einer acuten fieberhaften Cerebralaffection, hatte den Umstand, dass eine Pro-

stituirte am 27. Januar 1893 ermordet in ihrer Wohnung vorgefunden wurde, benutzt, um zuerst anonym durch Eingaben an die Sicherheitspolizei den Verdacht des Mordes auf sich zu lenken und, als ihm dies endlich gelungen war, sich als den Mörder bekannt. Seine Persönlichkeit und Depositionen gaben Veranlassung zu einer Prüfung seines Geisteszustands. Zehn Tage nach seiner Verhaftung hatte übrigens B. sein ganzes Geständnis zurückgenommen und diese Mystification der Behörde mit Kopfleiden und Geistesschwäche entschuldigt.

Als Motiv seines Vergehens (er hatte sich vorher auch schon zweier nicht begangener Diebstähle denuncirt), bekannte er den Drang, Aufsehen zu erregen, von sich reden zu machen. Diese dummen Ideen seien ihm jeweils gekommen, wenn er etwas Absynth genossen hatte. Er war sich immer bewusst, dass er dabei die Behörde mystificirte, der Folgen seiner Handlungsweise war er sich aber nur sehr unvollkommen bewusst gewesen.

Die Expertise constatirte Schwachsinn und unbeherrschbare Selbstanklagegelüste unter dem Einfluss temporärer Erregung durch Absynth, die gerichtliche Untersuchung ermittelte die Unbegründetheit aller Selbstanklagen des sonst harmlos Schwachsinnigen.

Motet, in der Discussion der Société de médecine légale, berichtete über einen analogen Fall, betreffend einen Schwachsinnigen, der mit allen Details sich fälschlich denuncirt hatte, seine Schwester mit Kohlenoxydgas getödtet zu haben, während die gerichtliche Untersuchung ergab, dass die Betreffende eines natürlichen Todes gestorben war.

Rüth, Mania transitoria oder Rausch? — *Friedreich*'s Blätter f. gerichtl. Medicin XXXXVII, Heft 5.

Am 24. November 1894 Abends erstach Knecht B. den Mitknecht E. B. war angetrunken (Schnaps), hatte wiederholt im Spass vorher dem E. das Messer auf die Brust gesetzt, in einem unversehends entstandenen unbedeutenden Wortwechsel ihm ins Herz gestochen. Im fortdauernden und sich steigernden Affect wurde B. zunehmend erregt, bedrohte die Umgebung, fluchte, lästerte Gott, warf brennende Lampen auf die Anderen, wurde nach einer Weile ruhiger, behauptete ein Anderer habe den E. erstochen, ging ohne zu schwanken fort zu seiner Geliebten, kam dort anscheinend nicht betrunken an und wurde bald darauf verhaftet. Von dem Vorgefallenen wusste er nichts. Mit dem Getödteten hatte er im besten Einvernehmen gelebt. Unbescholtenes Vorleben. Oeftere frühere Berauschungen mit jeweils ganz pathologischer Reactionsweise (Zerreissen, Zerstören, Amnesie). Angeblich Fehlen jeglicher Belastung. Gutachten: Mania transitoria. Obergutachten schliesst solche, sowie pathologischen Affectzustand aus (Gründe nicht stichhaltig). Verurtheilung zu drei Jahren Zuchthaus.

Delbrück, Ueber verminderte Zurechnungsfähigkeit bei moralischem Irresein. — Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. XXVI. Jahrg. Beilage 10 v. 15. Mai.

Eine Frau hatte von ihren unehelichen Kindern eins vergiftet. Ein psychiatrisches Gutachten erklärte sie für vermindert zurechnungsfähig auf Grund von moralischer Idiotie. Entsprechend dem Gutachten, das die dauernde Versorgung der vermöge ethischer Defecte zeitlebens gemeingefährlichen Person als nöthig betont hatte, verurtheilte das Gericht zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe. Verf. sucht nachzuweisen, dass darin kein Widerspruch enthalten sei. Von grösserem Interesse sind die Mittheilungen von Stammbäumen degenerativer Famlien, in welcher moralische Defectuosität geradezu gezüchtet wurde und die Einflüsse des Milieu gegenüber der Heredität ganz verschwinden. Solche Degenerirte müssen dauernd unschädlich gemacht werden, mögen sie nun als Gewohnheitsverbrecher oder moralische Idioten erscheinen. Für die Letzteren verlangt aber Verf. besondere, vom Zuchthaus verschiedene „Absonderungshäuser“.

Adam, Ein verurtheilter Geisteskranker. — Annales médicopsychologiques. Januar, Februar.

P., verheirathet, hat in seiner Wohnung Nachts seine Geliebte, ein noch nicht 16jähriges Mädchen, anlässlich eines Zwistes erschossen. Erst nach einigen Stunden hatte P. seine That publik gemacht und während man die Polizei holte sich zu erhängen versucht.

P. ist ein schwer hereditär belasteter, ethisch defecter Mensch, Trinker, hatte seit geraumer Zeit allgemein den Eindruck eines Irrsinnigen gemacht, neurasthenisch-hypochondrische Symptome, Taed. vitae geboten, einige Tage vor seiner That tiefe Depression gezeigt und masslos getrunken. Die Beobachtung ergab schwere hypochondrische Melancholie und erwies ihr Bestehen schon lange vor dem Attentat, und das Gutachten erwies, dass P. ein gemeingefährlicher Geisteskranker sei. Gleichwohl wurde P. verurtheilt und nur mildernde Umstände ihm zuerkannt. Dieses Verdict wurde gutgemacht durch Begnadigung und Internirung in einer Irrenanstalt.

Vassitch, Einige psychopathologische Fälle vor serbischen Gerichten. — Annales médicopsychologiques. Januar, Februar.

Die berichteten Fälle sind sehr aphoristisch mitgetheilt und von geringem psychiatrischem Interesse. Erfreulich ist aber der Nachweis, dass die gerichtliche Psychopathologie von den serbischen Gerichten gewürdigt zu werden anfängt und Psychiater im Interesse des Rechts und der Humanität in foro zur Geltung kommen.

Kratter, Ein Beitrag zur forensischen Beurtheilung der Dipsomanie. — *Friedreich*'s Blätter für gerichtl. Medicin. Heft 3.

B., 37 Jahre, früher Geschäftsmann, von epileptisch geisteskrankem Vater, an Migräne leidender Mutter, war schon während der Militärzeit und auch später wegen boshafter Beschädigung, Veruntreuung, Betrug, Diebstahl, öffentlicher Gewaltthätigkeit vielfach bestraft, in verschiedenen Dienstposten wegen zeitweiliger Trunkenheit und excessiven Benehmens entlassen worden.

Die neuerlich incriminirten Delicte sind Betrug, Nothzuchtsattentate, grober Unfug, Religionsstörung, Diebstahl.

Kurz vor der Verhandlung kam B. wegen eines dipsomanischen Anfalls mit pathologischem Rauschzustand in die Beobachtungsabtheilung für zweifelhaft Geisteskranke in Graz. Bei der endlich möglichen Schlussverhandlung am 23. Juli 1892 benahm er sich ostentativ geistesschwach, wurde als Simulant, vollkommen zurechnungsfähig wenn auch Quartalsäufer erklärt, zu acht Monaten Kerker verurtheilt. Nichtigkeitsbeschwerde. Inzwischen neuerliche Aufnahmen auf der Grazer Klinik, die B. für ein originär neuro-psychopathisch veranlagtes, hereditär degenerirtes, mit Dipsomanie behaftetes Individuum erklärte.

Behufs event. Wiederaufnahme des Verfahrens wurde ein Facultätsgutachten eingefordert. Dieses weist nach, dass Erinnerung für die Vorgänge eines dipsomanischen Anfalls bestehen kann (war vom Gericht bestritten), dass Simulation Geisteskrankheit nicht ausschliesst, dass B. auch intervallär geistig unfrei durch in Folge von maasslosen Alkoholexcessen eingetretene intellectuelle und ethische Insufficienz seit Jahren gewesen war, dass der Vollzug einer achtmonatlichen Freiheitsstrafe bestimmt Nachtheile für die Gesundheit des B. erwarten lasse.

Kölle, Theodor, Gerichtlich-Psychiatrische Gutachten aus der Klinik von Herrn Professor Dr. *Forel* in Zürich. Für Aerzte und Juristen. Mit einem Vorwort von Professor Dr. *Forel*. — Stuttgart. Verlag von Ferdinand Encke. 1896.

Die verschiedenen Gutachten sind von verschiedenen Verfassern, aber unter der allgemeinen Leitung Forel's abgefasst. Es sind im Ganzen 41 einzelne Fälle verarbeitet. Es liegt nicht im Rahmen eines kurzen Referates, auf die einzelnen Punkte einzugehen; hervorgehoben soll nur werden, dass die Gutachten von besonderem fachmännischen Interesse und äusserst lehrreich sind.

Ferri, Enrico, Das Verbrechen als sociale Erscheinung. Grundzüge der Criminal-Sociologie. — Autoris. deutsche Ausgabe von Dr. *H. Kurella* (Bibliothek f. Socialwissenschaft 8. Bd.).

Das vorliegende Werk enthält die Grundlagen der neuen italienischen positiven Strafrechtsschule, deren Hauptvertreter *Ferri*, *Lombroso* und *Garofalo* sind. Durch die Anwendung der inductiven Methode auf die Strafrechtsforschung, durch das Studium der Verbrecher selbst und der natürlichen Factoren der Verbrechen will die neue Schule aus dem bisherigen Strafrecht eine positive Wissenschaft: die Sociologie des Verbrechens machen. Die anthropologische Erforschung des organischen und psychologischen Zustandes der Verbrecher lässt dieselben als eine abnorme Varietät der menschlichen Art erscheinen und führt zu der Classification der Verbrecher in: geborene Verbrecher, irre Verbrecher, Verbrecher aus erworbener Gewohnheit, Gelegenheits-Verbrecher, Leidenschafts-Verbrecher. Nach den Ergebnissen der Criminalstatistik sind die Factoren der Criminalität in anthropologische, physische und sociale einzutheilen. Diese Factoren bedingen die Criminalität, die mit ihren jährlichen Schwankungen das Ergebniss eines bestimmten physischen und socialen Zustands darstellt. Auf dieser Anschauung beruht das „Gesetz der criminellen Sättigung". Hiermit übereinstimmend ist die Wirkung der gesetzlichen Strafen nicht die gewöhnlich angenommene: denn mit der Zunahme der straflichen Repression ist in verschiedenen Staaten ein Wachsthum der Criminalität beobachtet. Wenn auch die gesetzlichen Strafen, die nicht einmal auf alle Kategorien der Verbrecher wirksam sind, beibehalten werden müssen, da der Wegfall derselben eine Förderung der Demoralisation und einen Fortfall der durch die Strafabbusse bedingten Unschädlichkeit der Verbrecher bedeuten würde, so sind parallel gehend mit den Strafen Strafersatzmittel — öconomische, politische, administrative u. s. w. — in Anwendung zu bringen, welche durch ihren Einfluss auf die Factoren der Criminalität die Hauptwerkzeuge socialer Abwehr darstellen. Die grösste Abweichung von den bisherigen Grundsätzen des Strafrechts zeigt die neue Schule in Bezug auf das Problem der Zurechnungsfähigkeit. Auf dem Boden der modernen physiologischen Psychologie stehend, nimmt sie weder eine absolute noch eine relative Willensfreiheit an, sondern nur eine individuelle Reactionsweise des Menschen auf äussere Einflüsse, die abhängig ist von physischen und psychophysischen Bedingungen. Das Princip der straflichen Repression ist allein die Nothwendigkeit der individuellen und socialen Selbsterhaltung — unabhängig von der garnicht abmessbaren, sittlichen Schuld der Individuen. Die sociale Defension ist eine juristische, denn das Recht ist die specifische Form der socialen Organisation, ein Produkt der Gesellschaft. Die positive Schule erkennt keine sittliche Verantwortlichkeit, kein Züchtigungsrecht, sondern nur eine sociale Verantwortlichkeit, ein Vertheidigungsrecht an. Nach diesem Princip der Straffähigkeit sind Maassregeln der Vorbeugung, Wiederherstellung, Repression und Aussonderung aufzustellen, welche nach den Kriterien des verletzten Rechtsgutes, der determinirenden Motive, der anthropologischen Kategorie der Verbrecher anzuwenden sind. Von den Vorschlägen prak-

tischer Reformen mögen nur die folgenden kurz erwähnt werden. Es wird die Abschaffung des Anklagemonopols des Staatsanwaltes, die Entschädigung aller unschuldig Verfolgten und Verurtheilten gefordert, sowie eine Art öffentlicher Vertheidigung, Ausbildung der Richter in anthropologisch-sociologischer Beziehung, Beschränkung der Schwurgerichte auf politische und sociale Verbrechen. Auf dem Gebiete des Strafvollzugs wird u. a. die Einrichtung von Criminalirrenanstalten, welche die während der Strafabbüssung geistig Erkrankten, die verbrecherische Handlungen begehenden Irren, sowie die irrenärztlich zu Beobachtenden aufnehmen sollen, und schliesslich die Abschaffung der Todesstrafe verlangt, an deren Stelle Deportation oder unbeschränkte Detention zu treten haben. — So strebt die positive Schule die criminalistische Wissenschaft zu einer Abtheilung der Sociologie — der Pathologie der Gesellschaft im Gegensatz zur Physiologie derselben — zu machen, in welcher Criminal-Anthropologie und -Statistik wie das Strafrecht nur besondere Kapitel darstellen.

Scheven.

Jelgersma, G., Der Arzt gegenüber der Frage der Zurechnungsfähigkeit. — Psychiatrische Bladen. Band 14, Lieferung 1.

Verfasser warnt davor, in gerichtlichen Fällen die Frage der Zurechnungsfähigkeit zu berühren; der Arzt verlässt damit das naturwissenschaftliche Gebiet und begiebt sich in das der Juristen, Theologen und Philosophen. Seine Sache ist es nur dem Richter Aufklärung — möglichst weitgehende — zu verschaffen über den Geisteszustand des Exploranden. Die Frage der Zurechnungsfähigkeit fällt zusammen mit der der Strafbarkeit, und diese letztere wird wohl kein Mensch vom Arzte beantwortet wissen wollen! *Serger.*

Oserow, G., Vergleich der Verbrechen beider Geschlechter in ihrer Abhängigkeit von einigen Factoren. — Journal der juridischen Gesellschaft der St. Petersburger Universität. April.

Die Friedensgerichte geben an, dass von 1879 bis 1885 auf je 100000 Männer durchschnittlich 108 männliche und auf eben solch eine Zahl weiblicher Einwohner nur 14 weibliche Verbrecher verurtheilt wurden; hieraus folgt, dass in Russland die von Frauen begangenen Verbrechen nur 12,9 pCt. im Verhältnisse zu denen der Männer betragen, d. h. die Zahl der durch Frauen begangenen Verbrechen ist 7,7 mal kleiner als die der Männer.

In verschiedenen Gegenden jedoch ist der Coefficient der von Männern und Frauen begangenen Verbrechen ein sehr schwankender, und zwar der Männer 308 bis nur 48, der Frauen 52 bis nur 2. Den höchsten Coefficient geben Gegenden, in welchen Industrie und Gewerbe stark entwickelt sind. In diesen Gegenden steigen die Verbrechen der Frauen viel bedeutender

an Zahl als die der Männer. Dasselbe wird auch von den in Städten lebenden Personen constatirt.

Die Betheiligung der Frauen bei kleineren Verbrechen ist grösser als bei schweren: die Kreisgerichte verurtheilen auf 100 Angeklagte beiderlei Geschlechts nur 9,37, die Friedensgerichte (kleinere Verbrechen) 12,9 Frauen.

Verfasser vergleicht das Begehen von Verbrechen russischer Frauen mit den Verbrechen von Frauen im westlichen Europa und sagt, dass die russische Frau sich viel weniger an Verbrechen betheiligt als sonst irgendwo, und erklärt dies daraus, weil Russland ein überwiegend Ackerbau treibendes Land sei.

Eine Analyse der einzelnen Kategorien von Verbrechen, an welchen sich Frauen betheiligen, lehrt, dass abgesehen vom Kindesmorde, fahrlässiger Kindestödtung, Verbergung und Verheimlichuug der Leichen und Fruchtabtreibung — Verbrechen, welche fast ausschliesslich den Frauen zur Last fallen — am meisten Frauen verurtheilt werden für Vergiftungen, Vorbereitungen zum Morde und Verbrechen der geschlechtlichen Moralität. Eigenthümlich ist es, dass die Vorbereitung zum Morde sehr oft vorkommt (62,1 pCt. aller Verbrechen, welche von beiden Geschlechtern begangen werden), während die Ausübung desselben durch Frauen nur sehr selten ist (8,2 pCt.). — Das Verbrechen der Frau wächst immer mehr, je näher die Person, gegen welche das Verbrechen begangen wird, ihnen steht.

Verheirathete Frauen betheiligen sich weniger als verheirathete Männer an Verbrechen, während umgekehrt unverheirathete Frauen mehr als Junggesellen am Verbrechen theilnehmen. Bei kleinen Verbrechen übt die Ueberbürdung mit Kindern einen nicht unbedeutenden Einfluss aus, während bei schweren Verbrechen dieser Einfluss gar nicht oder nur im geringen Maasse stattfindet.

Materielle Unsicherheit, hervorgerufen durch den Charakter der Beschäftigung, ruft bei Frauen leichter als bei Männern Verbrechen hervor, was Verfasser durch die geringere Widerstandsfähigkeit der Frauen zu erklären sucht.

Die geringere Betheiligung der Frau an der Ausübung von Verbrechen im Allgemeinen sucht der Verfasser durch die geringere Betheiligung der Frau am activen und öconomischen Leben überhaupt zu erklären, da ja überall dort, wo die Frau einen regeren Antheil am Leben nimmt, auch die Betheiligung am Verbrechen eine grössere ist, und wie dies im westlichen Europa sich nachweisen lässt. *A. v. Rothe.*

van der Swalun und ***Cowan***, Sachverständiges Gutachten in der Strafsache gegen Machiel L . . . . wegen Mord. — Psychiatrische Bladen. Band 12, Lieferung 3.

Der Angeklagte hat seine Ehefrau, deren Schwester und Mutter er-

mordet und verstümmelt, um sich mit seiner Geliebten verheirathen zu können. Nach anfänglichem Leugnen gesteht er die That ein, zeigt aber nicht die geringste Reue. Das Gutachten weist die geistige Intactheit des Angeklagten nach. *Serger.*

Hobhouse, Irrenrecht in Colorado. — Journal of mental science. April.

In Nordamerika hat jeder einzelne Staat seine eigenen Gesetze, welche die Aufnahme von Geisteskranken in eine Irrenanstalt regeln. So ist es denn möglich, dass im Staate Colorado jede Aufnahme nur durch eine wirkliche öffentliche Gerichtsverhandlung geschehen kann. *Hobhouse* hatte Gelegenheit, einem solchen Processe beizuwohnen. Der Kranke, ein Zahnarzt, wurde beschuldigt, geisteskrank zu sein. Der Angeschuldigte, seine Frau und zwei Aerzte wurden verhört; Staatsanwalt und Vertheidiger hielten Reden; der Kranke erklärte sich bereit, sich in eine Irrenanstalt aufnehmen zu lassen. Das Gericht erklärte den Angeklagten für schuldig, geisteskrank zu sein. Demgemäss wurde er in die Irrenanstalt abgeführt. Die Presse erörterte am folgenden Tage den Fall und war entrüstet über den Arzt, der den Angeklagten „verfolgt“ habe.

Hobhouse tadelt das Unwürdige und Schädliche eines solchen Verfahrens. — Die Comödie wäre nicht der Erwähnung in einer wissenschaftlichen Zeitschrift werth, wenn es nicht in England und Deutschland genug Leute gäbe, die eine öffentliche Gerichtsverhandlung für ein erstrebenswerthes Aufnahmeverfahren halten.

Serbski, W., Gerichtliche Psychopathologie. — Die Gesetzgebung über Geisteskranke. Moskau 1896. 224 Seiten.

Verfasser veröffentlicht hiermit seine an der Moskauer Universität gehaltenen Vorträge. In dem ersten Theile behandelt er die Gesetzgebung betreffend die Geisteskranken in drei Kapiteln: 1. Ueber die Terminologie der Geisteskrankheiten. 2. Ueber criminelle Verantwortlichkeit der Irren. 3. Die Gesetzgebung und ihre Beziehung zu der Verpflegung der Geisteskranken.

Die letzten beiden Kapitel sind die am ausführlichsten und con amore behandelten und besonders werthvoll für den praktischen Arzt, da sie ihm reichliche Fingerzeige geben, wie er sich zu verhalten hat. Dies dürfte wohl der wichtigste und bedeutendste Theil der Arbeit sein, der praktische Irrenarzt findet für sich nichts Neues. *A. v. Rothe.*

Codeluppi, V., Schuldig wegen paranoischer Wahnideen. — Il Manicomio 1895 No. 2—3.

C. beschreibt einen Paranoiker mit Grössen- und Verfolgungsideen, welcher, trotzdem er den niedrigsten Volksklassen angehörte, sich von

einer vornehmen Dame geliebt glaubte. Lange Zeit überhäufte er dieselbe mit schwärmerischen Briefen und zudringlichen Annäherungsversuchen. Als er nur Zurückweisungen empfing, kam er auf die Idee, dass Feinde seine Geliebte verhinderten, sich mit ihm zu vereinigen. Er machte daher ein Attentat auf zwei Bekannte der Dame. Darauf wurde er verhaftet und endlich in ein Irrenhaus überführt. *Richard Snell*-Hildesheim.

---

4. Allgemeine Pathologie, Aetiologie und Therapie. Ref.: Snell-Hildesheim.

Winkler, Der psychiatrische Unterricht in den Niederlanden. Eröffnungsrede gelegentlich der 25jährigen Festfeier des Bestehens der Psychiatrischen Gesellschaft. — Psychiatrische Bladen Band 14, Lieferung 3 und 4.

Der Redner bemängelt das unwürdige Verhalten der niederländischen Regierung betreffend die Einrichtung von Lehrstühlen für Psychiatrie. Obwohl schon bei der Gründung der Gesellschaft der psychiatrische Unterricht von *Ramaer* für durchaus nothwendig erklärt war, ist das Ziel jetzt nach 25 Jahren weiter denn je. Die Schuld liegt zum grossen Theil an der Regierung, welche zufrieden ist, wenn die lästigen Geisteskranken human untergebracht sind, zu einem kleineren Theile wohl auch an der Verschiedenheit des Standpunkts, der im Schoosse der Gesellschaft selbst dieser Frage gegenüber eingenommen wurde. Trotz aller Petitionen und Adressen, welche abgeschickt wurden, ist es nur zeitweise möglich gewesen, einen Lector für dieses wichtige Fach zu beschaffen, der ohne Krankenmaterial lehrte. Als im Jahre 1891 der Bau einer psychiatrischen Klinik versprochen war, liess sich *Winkler* wiederum bestimmen, das Lectorat in Utrecht zu übernehmen, allerdings unter Vorbehalt. Diese projectirte Klinik sollte zugleich die Räumlichkeiten für die chirurgische, gynäkologische und innere Klinik beherbergen! Wunderliche, für die niederländische Regierung nicht gerade rühmliche Verhältnisse lassen aber auch dieses Project wieder zu Wasser werden. Prof. *Winkler* zog sich nun wiederum vom Lehramte zurück. Augenblicklich wird nur in Amsterdam Psychiatrie gelehrt. *Serger*.

Bericht Ueber die Thätigkeit der Moskauer psychiatrischen Gesellschaft für das Jahr 1894/95.

Die Gesellschaft beginnt das fünfte Jahr ihres Bestehens und zählt 3 Ehren-, 34 active, 43 correspondirende und 5 berathende Mitglieder. Die Jahressitzung fand am 24. October 1894 statt und befasste sich mit den

gewöhnlichen Berichten über die vorjährige Thätigkeit, den Wahlen des Vorstandes, Comitémitglieder etc. Ausser dieser Thätigkeit wurden in dieser Sitzung folgende Vorträge gehalten:

1. *L. O. Darschkewitsch*, Ueber die intellectuelle Sphäre der Frau, 2. *Ja. A. Botkin*, Ueber den Einfluss der Civilisation auf die Entstehung der Geisteskrankheiten, und 3. *A. A. Tokarski*, Ueber die Entstehung und Entwicklung der moralischen Gefühle.

Am 11. November 1894 fand eine aussergewöhnliche Sitzung statt, welche sich mit der Berathung und Begutachtung der Pläne der Irrenanstalt des Moskauer Gouvernements-Semstwo beschäftigte. Dieser Sitzung gingen zwei Specialsitzungen des Comités vorher, welches durch die psychiatrische Gesellschaft gewählt worden war und auf dieser Extrasitzung der Gesellschaft Bericht erstattete.

Ausserdem fanden 9 gewöhnliche Monatssitzungen statt, welche immer zahlreich besucht wurden und wo folgende Vorträge gehalten wurden:

N. Th. Schatalow, Ein Fall von Myxödem.

W. J. Jakowenko, Eine Epidemie hysterischer Krämpfe in dem Podolskischen Bezirk.

Th. O. Ewetski, Wiederholte doppelseitige Amaurose mit nachfolgender Schläfen-Hemianopsie.

N. Th. Filatow, Ein Fall von Pseudo-Bulbärparalyse bei einem 12jährigen Kinde. Ein Fall von Myxödem bei einem Kinde von $2^1/_2$ Jahren.

L. S. Minor, Bericht über die in Deutschland und der Schweiz besuchten Anstalten zur Entwöhnung des Alkoholmissbrauchs.

W. W. Weidenhammer, Zur Anatomie und Physiologie der medialen Schleife bei dem Menschen.

S. A. Suchanow, Ueber polyneuritische Psychosen.

A. N. Bernstein, Psychische Erscheinungen bei Chorea minor.

A. N. Alelekow, Ein Fall von Dermographismus.

W. J. Semidalow, Ein Fall von Akinesia algera.

L. S. Minor, Allgemeine Grundlagen zur Errichtung einer Heilanstalt für Alkoholiker in Moskau.

A. A. Rissel, Ein Fall von Myxödem bei einem 5jährigen Mädchen.

N. J. Korotniew, Combinirte Hysterie und Tabes dorsualis.

S. B. Orlowski, Ein Fall von Epilepsia partialis continua.

N. M. Wersilow, Demonstration eines Kranken mit centraler Hämatholiemie.

W. R. Bucke, Zur Frage über Trinkerasyle.

L. S. Minor, Ein Fall von Hysterotetanie.

N. P. Postowski, Nervenerkrankung bei Influenza.

A. A. Korowin, Der Kampf gegen den Alkoholmissbrauch in England, Deutschland und der Schweiz in Verbindung mit der Errichtung von Trinkerasylen.

A. A. Korowin, Mittheilungen über Trinker-Heilanstalten. Bericht über

die Statuten der Kasaner Heilanstalt der Gesellschaft für Abstinenzbestrebungen.

A. N. Bernstein, Geophagie, als eine der Abarten der Zwangstriebe.

N. P. Postowski, Geistesstörung bei Influenza.

L. S. Minor, Ein Fall von Raynaud'scher Krankheit.

S. B. Orlowski, Zur Lehre über Syphilis des Rückenmarks.

A. Ja. Koschewnikow, Ein Fall geheilter Synosis.

Die letzte Sitzung fand am 22. September 1895 statt. Da der Vorstand der Moskauer psychiatrischen Gesellschaft über seine Sitzungen Autoreferate an eine der deutschen psychiatrischen Zeitschriften einsendet, so habe ich, um Wiederholungen zu vermeiden, es unterlassen, eingehende Referate über einzelne der recht interessanten Vorträge zu bringen.

A. v. Rothe.

Bericht über die wissenschaftliche Thätigkeit der Kasanschen neurologischen und psychiatrischen Gesellschaft der Kaiserlichen Universität für das Jahr 1895. — Nach dem Vortrage des Secretärs der Gesellschaft *B. J. Worotynski* im „Neurologischen Berichterstatter" B. IV. H. I. Kasan 1896.

Die Gesellschaft beginnt das fünfte Jahr ihres Bestehens und besteht aus 66 Mitgliedern: Gründer der Gesellschaft 18. Ehrenmitglieder 7, active 40 und 1 correspondirendes Mitglied. Neu hinzugekommen sind im Laufe des Jahres 6 active Mitglieder, gestorben 1 Gründer und 1 actives Mitglied.

Vorsitzender der Gesellschaft ist Professor *N. M. Popow.*

Im Jahre 1895 wurden 10 Sitzungen abgehalten, und zwar: 1 Jahressitzung, 1 aussergewöhnliche zu Ehren des verstorbenen Professor *Karl Ludwig.* Auf dieser Sitzung sprachen *N. A. Myslawski: Ludwig* und seine Forschungen im Gebiete der Nervenphysiologie, *J. M. Dogiell: Ludwig* als Gelehrter und als Lehrer. Ausserdem 8 gewöhnliche Sitzungen mit 17 Vorträgen über nachstehende Gegenstände:

D. A. Tymofeew, Ueber die Endigung der Gefühlsnerven in den männlichen Geschlechtsorganen der Säugethiere.

N. N. Reformatski, Eine Familienepidemie multipler Neuritis.

P. J. Tichow, Ein Fall von tonischen und klonischen Krämpfen der Halsmuskeln (mit Krankendemonstration).

J. M. Dogiell, Zur Geschichte der Innervation des Herzens der Vögel.

S. D. Kolotinski, Ein Fall von multipler Sarcomatose des Central-Nervensystems metastatischen Ursprungs, mit makro- und mikroskopischen Demonstrationen von Präparaten nebst einem Schema.

N. M. Popow, Zur Lehre des anormalen Baues des Nervensystems als Degenerationszeichen.

K. W. Woroschilow, Dem Andenken *Karl Ludwig's.*

N. Ja. Smielow, Die Amentia *Meynert's* als besondere Form der Geistesstörung.

A. E. Smirnow, Methodologische Bemerkung zur Frage über die Färbung der Nervenzellen des centralen und peripherischen Nervensystems.

P. J. Tichow, Zur operativen Behandlung des Torticollis spasmodica (Krankenvorstellung).

W. J. Lewtschatkin, Ein Fall, geistiger Zustand degenerativen Charakters in gerichtlich-medicinischer Beziehung.

P. J. Tichow, Vorstellung eines Falles von Torticollis spasmodica nach der Operation.

N. M. Popow und *W. J. Schestkow,* Ein eigenthümlicher Fall trophischer Störung im Gebiete der oberen Extremitäten.

N. M. Popow, Ein Fall von Morvan'scher Krankheit mit Krankenvorstellung.

K. A. Arnstein, Resultate der Untersuchungen des *A. K. Ploschko* über die Innervation der Athmungsorgane.

A. A. Elinsohn, Ueber die centrifugalen Fasern im Nervus opticus.

B. J. Worotynski, Zur Casuistik der Geschwülste des Pons Varolii.

Das Organ der Gesellschaft ist der „Neurologische Berichterstatter", welcher in Kasan herausgegeben wird. *A. v. Rothe.*

Eine neue Vierteljahrschrift erscheint seit Anfang 1896 unter dem Titel „State Hospitals Bulletin" und zwar soll sie zur Veröffentlichung von Beobachtungen dienen, die in den zehn staatlichen Irrenanstalten des Staates New-York von den in ihnen angestellten 91 Aerzten an den dort verpflegten 20000 Kranken gemacht werden; ferner soll auch das gesammte Anstaltswesen in den Kreis der Betrachtungen regelmässig gezogen werden. Die anatomische Abtheilung steht unter Leitung von *Ira van Giescu.* Das erste Heft, 144 Seiten stark, enthält eine grössere Reihe von Aufsätzen, auf welchen im einzelnen zurückzukommen sein wird.

Lewald.

Rothe, A. v., Geschichte der Psychiatrie in Polen. — Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1896.

Der Verfasser giebt in dem vorliegenden Buch einen äusserst interessanten Beitrag zur Entwickelung der Irrenpflege. — In Polen umfasste die erste Periode der Entwickelung der Psychiatrie die älteste Zeit bis zu dem Ende des XVI. Jahrhunderts. In dieser Zeit ist von einer wirklichen Behandlung oder Verpflegung der Irren keine Spur; dieselben treten auch nur wenig hervor und werden nicht besonders beachtet, aber auch nicht verfolgt. Die zweite Periode beginnt mit dem Anfang des XVII. Jahrhunderts und dem Auftreten der Mönche des heiligen Johannes a Deo, in deren Krankenhäusern Irre als Kranke Behandlung und Verpflegung finden, und dauert bis zu dem Jahre 1832. Leider aber werden, wenn auch

eigentlich unbewusst, die Geisteskranken verfolgt, denn nicht wenige der verurtheilten Hexen gehörten zu den Geisteskranken. — Die dritte Periode beginnt mit dem Jahre 1832, dem Jahre, in welchem die Krankenpflege und mit ihr die Irrenpflege aus den Händen der Geistlichkeit und privaten Wohlthätigkeit in die des Staates übergeht, und erstreckt sich bis zu dem heutigen Tage.

Obersteiner, Heinrich, Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane im gesunden und kranken Zustande. — Mit 205 Abbildungen. Dritte vermehrte und umgearbeitete Auflage. Leipzig, Wien. Franz Deuticke. 1896.

Das rühmlichst bekannte und von uns wiederholt besprochene Buch von *Obersteiner* liegt in dritter Auflage vor. Der Verfasser hat in dieser neuen Auflage alles Neue auf dem anatomischen Gebiete der nervöen Centralorgane berücksichtigt. In umfassender Weise wird der reichhaltige Stoff bearbeitet und klar und sachlich dem Lernenden vorgeführt. In erschöpfender Weise werden Untersuchungsmethoden, Morphologie, Histologie und Topographie behandelt.

Das reichhaltige Buch, dessen Ausstattung eine gleich vortreffliche ist, kann nur warm empfohlen werden.

Wernicke, C., Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. — Theil II. Die paranoischen Zustände. Leipzig. Verlag von Georg Thieme. 1896.

Der II. Theil des *Wernicke*'schen Grundrisses umfasst Vorlesung 9 bis 17 und behandelt in der eigenartigen, frischen und interessanten Weise des Verfassers die paranoischen Zustände. Wesentlicher Raum wird den Elementarsymptomen und ihrer Besprechung gegeben. Der Grundriss von *Wernicke* kann nur dringend dem eingehenden Selbststudium empfohlen werden.

Becker, Th., Einführung in die Psychiatrie. Mit specieller Berücksichtigung der Differentialdiagnose der einzelnen Geisteskrankheiten. — Leipzig. Verlag von Georg Thieme. 1896. Preis 1,60 Mark.

Das vorliegende kleine Buch können wir leider nicht empfehlen als Buch zur Unterweisung und Anleitung für den Lernenden, denn es ist einestheils zu lückenhaft, anderntheils auch ist die Eintheilung der Geistesstörungen eine zu allgemeine.

Verf. legt das vom Deutschen Reich für die Statistik festgesetzte Schema zu Grunde und übernimmt diese lediglich für statistische Zwecke

festgesetzte Eintheilung als klinisches Schema zur Gruppirung der einzelnen Krankheitsformen.

Bei dem Vorhandensein so guter und klarer Lehrbücher wie diejenigen von *Krafft-Ebing* und von *Kräpelin* liegt wirklich auch kein Bedürfniss zu stets neuen Abrissen, Compendien oder Leitfäden vor.

Zimmer, Friedrich, Der evangelische Diakonieverein. Seine Aufgaben und seine Arbeit. — 4. vermehrte Aufgabe. Herborn. Verlag des Ev. Diakonievereins. Preis 1 Mark.

In klarer und ruhiger Weise bespricht Verf. die Aufgaben und die Arbeit des Diakonievereins und betont hinsichtlich der Irrenpflege, dass es hier besonders das Streben des Vereins sein müsse, tüchtiges, geschultes und zuverlässiges Pflegepersonal heranzuziehen. — Man kann mit diesen Bestrebungen sich nur vollkommen einverstanden erklären.

van Andel, Definition von Geisteskrankheit. — Psychiatrische Bladen. Band 14, Lieferung 3/4.

Vom practischen und administrativen Gesichtspunkte aus hält Verf. die Definition von Geisteskrankheit oder vielmehr vom Geisteskranken für wünschenswerth. Er schlägt folgende Fassung vor: Geisteskrank ist derjenige, welcher in Folge von mangelhafter Entwickelung oder krankhafter Störung seines Verstandesvermögens sich selbst zu lenken oder die Rechte Anderer zu achten nicht im stande ist. Den Vortheil dieser Erklärung findet Verfasser darin, dass die Idioten hierunter mit einbegriffen sind, und dass die häufig discutirten Begriffe von freier Willensbestimmung und Zurechnungsfähigkeit fehlen. — Die Anstaltsbevölkerung der niederländischen Anstalten hat jährlich zugenommen von 1865 bis 1875 um 97,3, von 1875 bis 1885 um 127,3 und von 1885 bis 1895 um 195,7. Verf. spricht hierbei die Vermuthung aus, dass bei dieser Vermehrung auch möglicherweise eine zu elastische Handhabung des wissenschaftlichen Begriffes von Geisteskrankheit eine Rolle spielen kann. *Serger.*

Rubinovitch, J., Des Variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne. — Paris. Octave Doin. 1896.

Der Verf. unterzieht die Classification der Irreseinsformen, wie sie in Deutschland und in Frankreich üblich ist, einer Vergleichung und bespricht dann ausführlich diejenigen der von den deutschen Irrenärzten aufgestellten Krankheitsformen, welche eine analoge Bezeichnung in Frankreich nicht gefunden haben. Verf. schliesst sich in Bezug auf die deutsche Psychiatrie besonders an das Werk *Krafft-Ebing*'s (1890) an. Während die Eintheilung der Geisteskrankheiten bei den Franzosen vor allem auf der klinischen Entwickelung, der Aetiologie und der pathologischen Ana-

tomie basirt, haben *Krafft-Ebing* wie *Schüle* die organische und psychische Entwickelung des Gehirns ihrer Eintheilung zu Grunde gelegt. Die Irreseinsformen, welche in Deutschland und Frankreich eine verschiedene Benennung erfahren haben, sind kurz folgende. Die primäre heilbare Demenz entspricht *Esquirol's* démence aiguë, *Georget's* stupidité, *Magnan's* dépression mélancholique des dégénerés, der Wahnsinn *Krafft-Ebing's* der Excitation maniaque avec confusion dans les idées avec ou sans hallucinations chez les praedisposés; die secundäre Verrücktheit und der secundäre Blödsinn dem affaiblissement des facultés intellectuelles; die Paranoia dem délire de persécution *Lasègue's*, *Magnan's* délire chronique à évolution systématique, *Falret's* délire des persécutés-persécuteurs u. a. Die Ursache für die Verschiedenartigkeit der Bezeichnung der genannten Irreseinsformen in beiden Ländern liegt nach Verf. darin, dass diese Krankheitsformen ungleich viel complicirter und schwieriger abzugrenzen sind als die grosse Zahl der übrigen Geistesstörungen, welche von deutschen und französischen Forschern fast durchweg denselben Namen und dieselbe Interpretation erhalten haben. Verf. tadelt die Eintheilung der Geisteskrankheiten nach *Krafft-Ebing* und *Schüle* als auf einer psychophysischen Hypothese beruhend; ebenso führt er den in vieler Beziehung unter den deutschen Psychiatern herrschenden Gegensatz der Ansichten darauf zurück, dass die deutschen Forscher sich nicht fest genug auf die Thatsachen der klinischen Untersuchung stützen. Allerdings erkennt Verf. auch die Mängel der französischen Classification an, wie überhaupt die Unmöglichkeit bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse eine wahrhaft wissenschaftliche Eintheilung der Geistesstörungen aufzustellen. *Scheven.*

Goldscheider, A., Diagnostik der Krankheiten des Nervensystems. — Eine Anleitung zur Untersuchung Nervenkranker. Mit 52 Abbildungen im Text. 2. vollständig umgearbeitete und wesentlich vermehrte Auflage. Berlin. Fischer's Med. Buchhandlung, H. Kornfeld. 1897.

Die *Goldscheider'*sche Diagnostik, deren erste Auflage wir seiner Zeit besprochen haben, liegt in zweiter, wesentlich vermehrter Auflage vor. Das Buch ist ein geschickter und erschöpfender Rathgeber für die Krankenuntersuchung, und es prätendirt auch garnicht ein Lehrbuch sein zu wollen. Die durch das Buch gegebene Anleitung setzt den Untersuchenden, besonders den Lernenden in den Stand, nichts bei der Untersuchung Nervenkranker zu übersehen, sich an einen methodischen Gang der Beobachtung und Untersuchung zu gewöhnen. — Das sehr verständlich und klar geschriebene Buch ist besonders den Studirenden zu empfehlen, es bewahrt denselben vor dem Zuviel der grossen Lehrbüchar bei Beginn seines Studiums der Nervenkrankheiten. Die Ausstattung des Buches ist eine tadellose. — Preis 7 Mark.

Hermanides, Die *Edinger*'sche Theorie über das Entstehen von Tabes, Neuritis und einigen anderen Nervenkrankheiten. — Psychiatrische Bladen. Band 13, Lieferung 2.

Verf. bespricht kurz die *Edinger*'sche Theorie und geht dann zu einer Kritik derselben über. Das was Verf. an ihr auszusetzen hat ist folgendes. 1. Der Name Ersatztheorie ist unpassend. Er drückt das gar nicht aus, was die Theorie lehrt. 2. *Edinger* giebt keine Erklärung der Ursachen der betreffenden Krankheiten, sondern spricht nur von ihrer Pathogenese. 3. Die Theorie ist nur eine Hypothese. 4. Die Idee ist gar nicht neu. 5. Eine ganze Reihe von anderen Krankheiten des Nervensystems, wie Myelitis, Meningitis, Sklerose etc. lassen sich durch die *Edinger*'sche Theorie nicht erklären. 6. Dass heftige Blutungen zu Tabes prädisponiren, hat diese Krankheit mit vielen anderen gemein. 7. Die klinische Erfahrung unterstützt die Theorie nicht.

Das Gesammturtheil lautet, dass es der *Edinger*'schen Theorie an dem logischen Gedankengang fehlt, dass die ganze Hypothese in der Luft schwebt und weder durch die pathologische Anatomie noch durch die klinische Erfahrung unterstützt wird. *Serger.*

Dreyfuss, Die Krankheiten des Gehirns und seiner Adnexa in Folge von Naseneiterungen. — Jena. 1896.

Die vorliegende Schrift fasst die gesammte Literatur über die durch Naseneiterungen erzeugten Krankheiten des Gehirns und seiner Adnexe zusammen, und zwar bleiben die Untersuchungen auf die acuten und chronischen Naseneiterungen beschränkt. Die Gehirnaffectionen, welche die Folgen des jauchigen Zerfalles oder der Operation bösartiger perforirender Geschwülste waren, bleiben von der Betrachtung ausgeschlossen; einige Fälle sind mitbesprochen, in denen minimale nicht beachtete Verletzungen oder kleinere operative Eingriffe, wie Galvanokaustik der Muscheln und Entfernung von Nasenpolypen zu einem unglücklichen Ausgang führten. Die Eiterungen des sin. maxillaris, frontalis, der Siebbeinzellen, des Keilbeins und der Keilbeinhöhlen, ihre Aetiologie und Pathogenese, ihre Symptomatologie und Therapie werden in den einzelnen Abschnitten besprochen. In einem Anhang wird an der Hand einiger Fälle darauf aufmerksam gemacht, dass die cerebrospinale Meningitis ihren Ausgang von einer Entzündung der Nasenhöhlen oder der Paukenhöhlen nehmen kann.

Lewald.

Althaus, Julius, Der Werth der Electricität als Heilmittel. — Aus dem Englischen von Dr. *Karl Oetker*, Badearzt in Oeynhausen. Verlag von Johannes Alt. Frankfurt a. Main. 1897.

Im ersten Theile der Arbeit (S. 1—31) bespricht Verf. die verschiedenen Arten der Elektricität und die zu ihrer Anwendung in der Therapie erforderlichen Apparate.

Ueber die sog. Franklin'sche oder Reibungselektricität geht er kurz hinweg, da dieselbe erst bei sehr starker, schmerzhafter Einwirkung sich erfolgreich zeigt und daher nur selten Verwendung finden kann. Einen sehr vielseitigen Gebrauch gestattet dagegen der elektrische Strom, insbesondere der galvanische. Leider ist seine Wirkungsweise noch immer nicht genau erforscht, jedoch steht so viel fest, dass er sowohl die Structur als auch die Function der Nerven und Muskeln wesentlich verändern kann. *Althaus* ist zu der Ueberzeugung gelangt, dass ein schwacher Strom kurze Zeit angewandt im allgemeinen den grössten therapeutischen Nutzen gewährt, und er verfährt daher in allen Fällen zunächst stets in dieser Weise. Muss man einen stärkeren Strom anwenden, so soll man ihn, um unangenehme Zwischenfälle zu vermeiden, nur allmählich anschwellen und ebenso wieder abnehmen lassen, was sich mit Hülfe der neueren Rheostaten ganz vorzüglich ausführen lässt. — Der faradische Strom eignet sich seiner stimulirenden Wirkung halber besonders für paretische Zustände der Musculatur und Anästhesie der Haut. Für Schleimhäute ist er fast ausschliesslich zu verwenden, da er keine chemischen Wirkungen hervorruft und deshalb nicht ätzt.

Die Wechselströme von hoher Frequenz und Spannung (*Tesla*) sind noch zu wenig erprobt, um für den Arzt in Betracht zu kommen.

Aus dem II. Theil des Buches: „Elektrotherapie der einzelnen Krankheiten" mag nur das Kapitel über die Psychosen als Beispiel herausgegriffen werden. Verf. betont, dass selbstverständlich ein wirklicher Heilerfolg nur in frischen Fällen ohne nachweisbare organische Veränderung zu erhoffen ist. Als Angriffspunkte wählt man in der Regel die „psychischen Centren" *Flechsig*'s und lässt einen constanten Strom von höchstens 1 M. A. 1—20 Minuten lang in verschiedenen Richtungen einwirken. Bei sehr tiefer Depression ist es rathsam, noch eine Faradisation der Haut und Muskeln anzuschliessen. Die Behandlung erfordert grosse Sorgfalt und Geduld, liefert aber bisweilen sehr günstige Resultate, wenn auch vielleicht erst nach Wochen oder Monaten. Als besonders geeignet für diese Therapie haben sich erwiesen: Depressionszustände, hysterische Psychosen und Geistesstörungen mit Hallucinationen.

In ähnlicher Weise werden alle übrigen in Betracht kommenden Krankheiten besprochen und zum Theil durch Krankengeschichten erläutert. Verf. hat es verstanden, auf einem relativ engen Raum ein ausserordentlich reichhaltiges Material klar und übersichtlich zusammenzufassen. Seine Arbeit wird daher namentlich vielbeschäftigten Aerzten, denen es zum Studium umfangreicher Specialwerke an Zeit gebricht, sehr willkommen sein.

Schlüter.

Edinger, Die Entwicklung der Gehirnbahnen in der Thierreihe. — Deutsche medicin. Wochenschrift No. 39.

Beim Regenwurm führen sensible Nervenfasern von der Haut zu den Ganglien des Bauchstranges, theilen sich und legen sich an die Dentritenausläufer grosser, wahrscheinlich motorischer Ganglienzellen, sowohl in dem Eintrittsganglion, als in den benachbarten. Ebenso schicken die motorischen Zellen ihre Axencylinder nicht nur zu den Muskelfasern des Segmentes, in dem das Ganglion liegt, sondern auch zu den benachbarten. Daher vermag ein Eindruck, der irgendwo die Körperoberfläche des Thieres trifft, zunächst die Muskeln anderer Metameren zur Thätigkeit zu bringen. Eine passende Coordination der Bewegungen vorausgesetzt, kann das ganze Thier auf rein reflectorischem Wege zur Bewegung, zum Fortkriechen gebracht werden. Es liegt nun gar kein Anhaltspunkt für die Annahme vor, dass dem Regenwurme die Empfindungen und die ausgelösten Bewegungen in der Art zum Bewusstsein kämen, wie das etwa bei einem Säugethiere der Fall ist. Vielmehr spricht der Bau des Nervensystems und auch das Verhalten des Thieres dafür, dass diese Vorgänge etwa mit denjenigen verglichen werden können, die sich im Darme der Säuger abspielen. Diese tiefste Stufe des Empfindens wird mit dem Ausdruck primärer Empfindungen bezeichnet, die von hier ausgelösten Bewegungen erhalten den Namen primäre Bewegungen.

Bei den Wirbelthieren werden die Empfindungen von dem Rückenmarke zugeleitet. Von hier aus können gut coordinirte zweckmässige Bewegungen ausgelöst werden. In dem Rückenmarke aller Thiere kehrt stets ein gewisser Grundmechanismus wieder. Ein enthirnter Frosch wird durch Reizung der Beine zum Springen veranlasst, eine geköpfte Ente schwimmt mit guten, zweckmässigen Bewegungen. Es handelt sich hier um längst vorgebildete Bewegungscombinationen ohne jede Mitwirkung einer psychischen Thätigkeit. Viele Vorgänge bei niederen Thieren, welche nach der früheren Anschauung dem bewussten Willen unterworfen sein sollten, spielen sich auf einfache reflectorische Weise ab.

Zu dem Eigenapparat des Rückenmarkes treten nun die Verbindungen mit dem Gehirn. In der Oblongata entwickeln sich zahlreiche Associationsbahnen. Das Kleinhirn zeigt bei den verschiedenen Wirbelthieren bereits grosse Verschiedenheit in der Entwickelung. Die bei den Säugethieren mächtige Brückenbahn ist bei den anderen Wirbelthier-Klassen noch gar nicht vorhanden. Dagegen bestehen das Corpus restiforme und die Bindearme schon bei den niederen Wirbelthieren, die letzteren sogar bei den Fischen relativ stärker als beim Menschen. Das Mittelhirn dagegen zeigt eine grosse Gleichheit der Ausbildung. Wenn für die zunächst nur dem Rückenmarke zugeleiteten Empfindungen der Ausdruck „primäre Empfindung" gebraucht wird, so darf man wohl den psychischen Process, dem das Mittelhirn dient, als secundäre Empfindungen bezeichnen.

Das Vorderhirn zeigt die allergrössten Verschiedenheiten. Es baut sich auf aus dem stets basal liegenden Riechapparat, dem Stammganglion (Corpus striatum) und dem Hirnmantel, der sich von minimalen Anfängen bei den Knochenfischen allmählich bis zu dem mächtigen Organe entwickelt, das wir beim Menschen als Hemisphären kennen. Ueberall in der Thierreihe lassen sich Uebergangsstufen in der Entwickelung des Gehirns nachweisen. Wir müssen daher auch annehmen, dass keinerlei Grenze sich aufbaut zwischen den Geistesfähigkeiten der niedrigsten und der höchsten Wirbelthiere.

Hallervorden, Klinische Psychologie, die Vorstufe der Psychohygiene. — Deutsche medic. Wochenschrift No. 41.

Hallervorden beabsichtigt zu Königsberg im Wintersemester 1896/97 die klinische Psychologie, darauf im Sommersemester 1897 die Psychohygiene — beides für alle Facultäten — öffentlich zu lesen. Er versteht unter klinischer Psychologie als Methode die wirkliche Psychologie jedes beliebigen gesunden Menschen in klinischer Lehrweise. Bisher wurde nur metaphysische oder theoretische oder Laboratoriumspsychologie getrieben, nicht aber Psychologie des lebenden Menschen. Es soll nun ein beliebiges gesundes Individnum vom Docenten im Auditorium untersucht werden; es wird eine genaue Anamnese, einschliesslich Erblichkeit, aufgenommen und eine körperliche und geistige Untersuchung angestellt, dabei die Untersuchungsmethode demonstrirt und nach Feststellung des Befundes der untersuchte Mensch als ein Ganzes besprochen, erläutert, diagnosticirt und prognosticirt, besonders in affectiver, moralischer und intellectueller Hinsicht. Die klinische Psychologie ist nur ein Theil der klinischen Physiologie, eine Vermittelungsdisciplin zwischen Physiologie und Praxis.

Näcke, Ueber Criminalpsychologie. — Wiener klin. Rundschau No. 46—48.

Die Grenze zwischen Verbrechern und Nichtverbrechern ist schwer zu ziehen. Auch die Eintheilung in Bestrafte und Unbestrafte ist nicht scharf genug. Sieht man dagegen von den Affect- und Gelegenheits-Verbrechern ab, und betrachtet nur die Gewohnheitsverbrecher, so gestaltet sich die Untersuchung günstiger. Von den Gewohnheitsverbrechern ist jedoch die grosse Zahl der Geisteskranken, besonders der Schwachsinnigen, abzuziehen. Um das psychische Verhalten dieser Gewohnheitsverbrecher zu untersuchen, gilt es, von den entsprechenden normalen Zuständen auszugehen, also von der Psychologie des niederen Volkes, dem die Gewohnheitsverbrecher fast alle angehören. Es stellt sich nun heraus, dass bereits sämmtliche Charaktereigenthümlichkeiten des Verbrechers,

ausgenommen etwa Faulheit und Neigung zum Lügen, sich schon im gemeinen Mann angedeutet finden. Es bestehen also im Ganzen nur Quantitäts-, nicht Qualitätsunterschiede, ganz ähnlich wie die sogenannten Degenerationszeichen auch bei den Normalen vorkommen. „Wenn also von den Meisten die Criminalpsychologie im Sinne von etwas Specifischem behandelt wird, so liegt meiner Ansicht nach der Fehler darin, dass 1. das Material meist nicht gehörig gesichtet wird, speciell aber die vielen abnormen Elemente nicht in Abzug kommen, und 2. die Psychologie der niederen Volksclassen, denen die Verbrecher meist entstammen, nicht genug in Betracht genommen wird. Umgeht man diesen Fehler, so zeigt sich, dass es hier kaum etwas Specifisches giebt, nur Quantitätsunterschiede, die nicht so gross sind, als sie beim ersten Blick erscheinen."

Del Greco, F., Krankheit und biologische Theorien über die Genese des Verbrechens. — Il Manicomio. 1895. No. 2—3.

Sehr interessante Abhandlung über den Zusammenhang zwischen Krankheit und Verbrechen, in welcher *G.* die Schriften über die biologische Entstehung des Verbrechens von *Lombroso*, *Virgilio* und *Ferri* eingehend bespricht und die verschiedenen Theorien mit einander vergleicht. Auch die ausländische Litteratur z. B. *Virchow*'s Arbeiten finden genaue Berücksichtigung. *Richard Snell*-Hildesheim.

Crocq fils, Die Heredität in der Psychopathologie. — Wiener klin. Rundschau No. 48, 49.

Die psychopathische Heredität kann eine homogene und eine heterogene sein; letztere ist viel häufiger und geht aus dem diathetischen Zustande hervor, welcher nichts Anderes ist, als eine krankhafte Organisation von eminenter Erblichkeit, charakterisirt durch eine Alteration des Nervensystems, welche in der Folge zu intellectuellen und nutritiven Störungen von grösserer oder geringerer Intensität, eben jener diathetischen Krankheiten, führt. Es gibt deren eine grosse Zahl; allen aber liegt die diathetische Degeneration zu Grunde, alle nehmen ihren Ausgang von einer grossen Krankheitsgruppe. Deswegen können auch alle diathetischen Krankheiten beim Uebergang von Eltern auf Kinder für einander eintreten. Speciell in der Psychopathologie können alle diathetischen Krankheiten sich durch Vererbung in Psychosen umwandeln; diese wieder verwandeln sich häufig in die anderen Formen, unter denen die Manifestationen der Diathese erscheinen.

Es giebt nicht eine Anzahl von Diathesen, nur eine Diathese. Es ist dies die krankhafte Organisation, der Degenerationszustand, der angeboren oder erworben sein und die grosse Zahl diathetischer Krankheiten, und speciell die Psychopathien, hervorrufen kann.

Peli, G., bespricht auf dem in Florenz (5.—9. Oct. 1896) abgehaltenen IX. Congress der italienischen Irrenärzte (Manic. XII, 2—3 p. 438), die zuerst von Prof. *L. Meyer*, später vom Refer. und Dr. *Naecke* behandelte, als Progeneität bekannte Schädelverbildung — bei Gesunden, Irren und Verbrechern. Bei 100 gesunden Männern fand er 2 pCt., bei 100 gesunden Frauen 1 pCt. — Als wahrscheinlichen Grund der Seltenheit des (bei den Thieren normalen) Hervorragens der unteren Schneidezähne vor den oberen Schneidezähnen beim gesunden Menschen nimmt *P.* die im Rückgang befindliche phylogene Entwickelung des Symphysenwinkels am Unterkiefer an.

Bei den Irren dagegen fand er (unter 400) Männer mit 29,50 pCt., Weiber mit 15,50 pCt. (bei irren Verbrechern 31 pCt., unter den Mördern sogar 32,87 pCt).

Im Allgemeinen ergaben von Delinquenten M. 38 pCt., W. 21 pCt.

Fraenkel.

Babcock, W. Z., Erbliche Belastung und Prädisposition zu Geisteskrankheit bei genialen Menschen. — The journal of nervous and mental disease. December 1895.

B. theilt die genialen Menschen in 2 Classen, in normale und anormale oder degenerirte. Die normalen bezeichnet *B.* als höchsten Typus unseres gegenwärtigen Entwicklungs- und Civilisationstandes, körperlich und geistig gleichmässig entwickelt, ohne erbliche Belastung.

Der Gruppe der degenerirten zählt *B.* die Mehrzahl der genialen Männer zu. Als Zeichen der Degeneration beim Genie führt *B.* das häufige Zusammentreffen von Geisteskrankheit, Verbrecherthum und Genie in denselben Familien an, ferner die starke Beeinflussbarkeit durch Temperatur und Umgebung, die oft vorkommenden Idiosynkrasien, die Häufigkeit von Nervenkrankheiten, körperlichen Abnormitäten und Selbstmord. *B.* sucht eine grosse Zahl genialer Männer unter die verschiedenen Formen der Geisteskrankheiten unterzuordnen.

Die Literatur, welche über den Zusammenhang zwischen Genie und Geisteskrankheit existirt, berücksichtigt *B.* gründlich.

Richard Snell-Hildesheim.

Verworn, Erregung und Lähmung. — Wiener Medic. Presse No. 40.

Die Lebenserscheinungen aller Organismen beruhen auf chemischen Processen in der lebendigen Substanz der Zellen, aus denen die Organismen zusammengesetzt sind. Das von *Joh. Müller* aufgestellte Gesetz von der specifischen Energie der Sinnesnerven kann erweitert werden. An der gleichen Form der lebendigen Substanz rufen die verschiedenartigen Reize dieselben Erscheinungen hervor und umgekehrt erregt der gleiche Reiz an verschiedenen Formen der lebendigen Substanz verschiedene, und zwar für jede Form charakteristische, Lebenserscheinungen. Die Reize

beeinflussen die Intensität des normalen Lebensprocesses der Zelle, indem sie entweder eine Steigerung desselben, eine Erregung (Excitation), oder eine Herabsetzung, eine Lähmung (Depression) herbeiführen. Erregung und Lähmung des Stoffwechsels der Zellen sind die fundamentalen Ursachen der ganzen Fülle mannigfaltiger Reizerscheinungen am Organismus. Derselbe Reiz kann bei schwacher Intensität eine ganz andere, ja unter Umständen sogar eine entgegengesetzte, Wirkung ausüben. Ist ein Glied der Stoffwechselkette — etwa die Dissimilationsphase — durch einen Reiz erregt, so zieht diese Erregung auch eine Steigerung des anderen Gliedes, also in diesem Falle der Assimilationsphase, nach sich. Während die erstere Erregung nach dem Aufhören des Reizes allmählich verklingt, dauert die letztere fort, bis die assimilirte Substanz regenerirt ist, dann tritt wieder Stoffwechsel-Gleichgewicht ein. Der Muskel, der durch starke Reizung erschlafft und leistungsunfähig ist, erholt sich bald und erreicht wieder seinen früheren Erregbarkeitsgrad. Das Wachsthum der Pflanzen in der Richtung zum Lichte oder zu einer Wärmequelle erklärt sich daraus, dass die lebendige Substanz der Zelle nach der Seite hin, von der ein Reiz auf sie einwirkt, sich mehr ausdehnt, als in der entgegengesetzten Richtung. Ganz ebenso erklärt sich die Bewegung der Algenzelle dem Lichte der Sonne entgegen, des Bacterium, das nach seiner Nährlösung strebt, des Leukocyten, der im Körper nach der inficirten Wunde wandert. Im Zellenstaat, besonders im Körper der Wirbelthiere einschliesslich des Menschen, werden nun die Erscheinungen von Erregung und Lähmung sehr wechselvoll und mannigfaltig. Hier besteht eine Abhängigkeit fast aller Organe von dem grossen Getriebe der Erregungs- und Lähmungs-Vorgänge in den Zellen des Nervensystems. Auch die Vorgänge in den Ganglienzellen oder Neuronen sind den allgemeinen Gesetzen der Erregung und Lähmung unterworfen. Während die der einfachen „Reflexbewegung“ zu Grunde liegenden Vorgänge bereits ziemlich bekannt sind, gehört das Gebiet der „Hemmungserscheinungen“ zu den dunkelsten der Physiologie. Die Begriffe der Hemmung und Lähmung dürfen nicht vermischt werden. Die Hemmung einer Muskelthätigkeit kann durch Lähmung entstehen oder durch Erregung antagonistischer Processe. Die Thatsache, dass der Ausdruck einer Erregung durch die Erregung antagonistischer Stoffwechselprocesse wieder aufgehoben werden kann, wird zur Erklärung vieler, im Centralnervensystem sich abspielender Vorgänge führen. Der Zustand der Hypnose ist charakterisirt durch die Ausschaltung der motorischen Impulse von der Hirnrinde her und durch eine tonische Contraction fast aller Körpermuskeln (Katalepsie). Die Thätigkeitshemmung des Grosshirns im hypnotischen Zustande dürfte auf Erregung antagonistischer Stoffwechselprocesse in seinen Neuronen beruhen. Die Thatsache, dass starke Erregung einer Stelle des Centralnervensystems unter Umständen in gewissen Nachbargebieten eine Hemmung erzeugt, ist geeignet, über das Zustandekommen der Hypnose Licht zu verbreiten.

Toulouse, Die einseitigen Sinnestäuschungen. — Archives de Neurologie. Februar.

Ein 65jähriger, dem Trunke ergebener Mann, dessen zwei Brüder ebenfalls Trinker waren, litt an Schmerzen in der linken Seite des Kopfes und Gesichtes. In der Höhe der Schmerzanfälle sah er Funken mit dem linken Auge und hörte Geräusche mit dem linken Ohre. Das Geräusch einer Taschenuhr wurde rechts 25, links nur 5 cm weit wahrgenommen. Es bestanden Gesichtstäuschungen, von denen nicht festgestellt werden konnte, ob sie einseitig oder bilateral waren; der Kranke sah Schatten, Gestalten und Thiere, z. B. tanzende Murmelthiere. Ferner hörte er spottende und höhnende Stimmen, und zwar fast immer mit dem linken Ohr. Es bestand beiderseits chronischer Mittelohrkatarrh, links viel hochgradiger als rechts. Die Obduction bestätigte die während des Lebens diagnosticirte Ohrenkrankheit und ergab am Gehirn bei makroskopischer Untersuchung nur Atherom der Arterien und Verdickung der Hirnhäute. Die histologische Untersuchung erstreckte sich auf mehrere Windungen der Stirn- und Schläfelappen und ergab Atrophie und unregelmässige Umgrenzung der Ganglienzellen, fettige Granulation oder hyaline Entartung ihres Protoplasmas, Erweiterung der Blutgefässe und gelbe Pigmenthaufen, besonders in den Lymphscheiden.

Im Anschluss an die Mittheilung dieses Falles wird erörtert, dass sowohl das Gehirn als die peripheren Sinnesorgane das Auftreten von Hallucinationen veranlassen können, dass aber ausserdem eine Disposition vorliegen muss, die entweder ererbt oder durch Vergiftungen erworben wird. Unter den hier in Frage kommenden Giftstoffen nimmt der Alkohol die erste Stelle ein.

Traugott, Beitrag zur Casuistik der isolirten Gesichtshallucinationen. — Berliner klin. Wochenschrift No. 28.

Eine 75jährige Frau, die in der Poliklinik für Nervenkrankheiten in Breslau behandelt wurde, litt an lebhaften Gesichtstäuschungen, die sich gewöhnlich von links nach rechts über das Gesichtsfeld bewegten, als ein heller Schein von dem Aussehen einer Wolke begannen, sich dann in lebhaftfarbige Bilder, z. B. ein Schiff, eine Gesellschaft von Menschen, verwandelten und dann verschwanden. Das Krankhafte dieser Erscheinungen war der Frau stets vollkommen klar. Sie klagte ausserdem über Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit und Ohrensausen. Es bestand Linsentrübung auf beiden Augen. Nach 14 Tagen verloren sich die Sinnestäuschungen.

Vurpas und *Eggli,* Psychologische Untersuchungen über den Gesichtssinn bei zwei Kindern nach Operation von angeborenem beiderseitigen Cataract. — Ann. méd. psych. Juli, August.

Zwei Kinder im Alter von 4½ und 5 Jahren wurden vor und nach der Operation einer beiderseitigen angeborenen Linsentrübung untersucht. Der 5jährige Knabe war schlecht genährt, rachitisch und fast blind; doch konnte er Farben unterscheiden, wenn er die betreffenden Gegenstände in guter Beleuchtung seinem Auge auf 1 bis 1½ cm nähern konnte. Der andere 4½ Jahre alte Knabe konnte nur gehen, wenn er sich an Stühlen oder anderen Möbeln hintastete und war mit seinem Körper und seinen Gliedmaassen beständig in lebhafter Bewegung. Beide Kinder waren zerstreut und schwer zu fixiren.

Als 8 Tage nach der Operation der Verband von den Augen entfernt wurde, war durch Fragen keinerlei Auskunft von den Kindern zu erlangen. Irgend eine psychische Reaction gegen das Licht, das sie jetzt kennen lernten, trat nicht ein. Das ganze Benehmen der Knaben war genau ebenso wie vor der Operation. Mehrere Tage später wurde ein Kuchen, der vor den Kindern niedergelegt wurde mit der Aufforderung, ihn zu nehmen und zu essen, durch Tasten mit den Händen gesucht. Selbst grelles Licht schien durchaus keine unangenehme Empfindung zu verursachen.

An die Mittheilung dieser Fälle werden Betrachtungen darüber geknüpft, dass der Gesichtssinn erst durch Uebung und Ausbildung allmählich den Werth erhält, den er für uns hat.

Head, Henry, On disturbances of sensation with especial reference to the pain of visceral disease. — Brain Summer and Autumn.

Der Verfasser beschäftigt sich in der vorliegenden Arbeit mit der Art, dem Sitz und der Aetiologie gewisser Formen von Gefühlsstörungen bei Herz- und Lungenkrankheiten. Er bezeichnet diese Gefühlsstörungen, die im wesentlichen aus Schmerzen mit Hyperästhesie der Haut bestehen, als reflectirte Schmerzen. Er lehrt, dass sie bei Erkrankungen der Eingeweide, durch einen gewissen Reflex-Mechanismus auf diejenigen Hautgebiete projicirt werden, die ihre sensiblen Nerven aus denselben Rückenmarksabschnitten beziehen, die auch die betreffenden Eingeweide versehen. Die reflectirten Schmerzen stehen also im Gegensatz zu den durch die betreffende Erkrankung an Ort und Stelle erzeugten localen Schmerzen; sie haben niemals bestimmte lokale Beziehungen zum Sitze der Erkrankung, sondern sie ordnen sich an Stellen und in Gruppen an, die der Verteilung der Hautnerven der einzelnen Spinalsegmente entsprechen. Was zunächst die reflectirten Schmerzen bei Herzkrankheiten anbetrifft, so überwiegen sie den lokalen Schmerz bedeutend an Häufigkeit und Intensität mit Ausnahme vielleicht der Pericarditis, wo der Schmerz manchmal nur an denjenigen Stellen sich findet, an denen man Reibegeräusche gehört. Bei Aneurysmata-Aortae überwiegen ebenfalls die reflectirten Schmerzen sehr stark und treten schon zu einer Zeit auf, wenn von einem Druck des Aneurysma auf die Nachbarorgane noch gar nicht die Rede sein kann. Der reflectirte Schmerz bei Aorten-Fehlern sitzt meist in den oberen Partien des Rückens und der

Brust vor allem in der linken Seite und geht von da in die Ulnarseite des linken Armes. Ebenso findet sich Kopfschmerz über dem linken Auge und oberflächliche Empfindlichkeit der Haut im Gebiete der 2., 3., 4. Dorsalwurzel-Zone und manchmal in der 3., 4. Halswurzel-Zone. Nach den Erfahrungen von *H.* betreffen die reflectirten Schmerzen bei Aortenaneurysma das 3., 4. cervikale und 1., 2. und 3. (gelegentlich auch 4.) dorsale Hautsegment gewöhnlich auf der linken Seite und manchmal rechts; ferner finden sich reflectirte Schmerzen in der unteren Kehlkopfgegend auf einer oder beiden Seiten; sitzt das Aneurysma am Aortenbogen, so kann auch das 6. bis 8. Dorsalsegment ergriffen sein. Bei Mitralerkrankungen findet sich der reflectirte Schmerz in einem Gebiet, das nach oben von einer horizontalen Linie durch die Brustwarzen, nach unten durch eine in der Höhe des Nabels begrenzt wird; Empfindlichkeit findet sich in den Hautsegmenten der 6., 7. und 8. Dorsalwurzel, Kopfschmerzen bestehen in Schläfen und im Scheitel. Die Schmerzen bei Angina pectoris hält *H.* ebenfalls zum grossen Theil für nichts weiter als eine plötzliche Ausdehnung der schon vorher bestehenden reflectirten Schmerzen auf ein weiteres Gebiet. Bei Erkrankungen der Athmungsorgane finden sich reflectirte Schmerzen an verschiedenen Stellen der Brust und des Rachens. Doch kommen sie nur dann vor, wenn die Reflexübertragung eines Reizes noch möglich ist: sie fehlen deshalb bei schwerer crupöser Pneumonie und bei Formen von Phthise, die sofort zur Cavernen-Bildung führen. *H.* glaubt, dass ein Theil der Magenstörungen bei Phthise auf einer reflectirten Hyperästhesie der Magenschleimhaut von der erkrankten Lunge aus beruht, in andern Fällen bestehe aber echte Dyspepsie. *Lewald.*

Allen, Mirror-writing. — Brain Summer and Autumn.

Die Fähigkeit mit der linken Hand Spiegelschrift zu schreiben haben die meisten Menschen, doch benutzen sie sie nur, wenn sie am Gebrauch der rechten Hand verhindert sind. Man kann nach *A.* auch mit beiden Händen zugleich dasselbe schreiben, rechts in gewöhnlicher, links in Spiegelschrift; ebenso kann man auch mit dem linken Fuss Spiegelschrift schreiben. Die Hülfe des Auges braucht man bei Spiegelschrift nicht.

Lewald.

Alessi, Urbano, Guarigione delle alterazioni delle cellule nervose cerebrali. — Manic. XII. I. S. 143.

Die Thatsache, dass die heftigsten psychischen Erregungszustände — manische und Infectionsdelirien —, bei denen doch gewiss die Zellenelemente des Gehirns tief ergriffen und verändert sind, oft geheilt werden, hat den Verf. bestimmt, durch das Experiment an Kaninchen, deren Nervenzellen von denen des Menschen nicht viel verschieden sind, die entsprechenden (Heilungs-) Vorgänge festzustellen. Er hat 3 Reihen (von je

3 Kaninchen) aufgestellt und nach vorangeschickter, 10 Minuten dauernder galvanischer Einwirkung auf den Kopf, Injectionen von 1, 2 und 3 ccm der Produkte des Bacill. pyogen. aureus in die Ohrvene gemacht, nach 48 Stunden trepanirt und nach 10 Tagen die Thiere getödtet.

Die Ergebnisse gestalteten sich folgendermaassen. In dem mit der Trepanation abgetragenen Hirnstück zeigten sich zwar bei allen 3 Reihen weder erhebliche Veränderungen in der Pia noch in der Molekularschicht, jedoch bei der ersten Reihe leichte Trübung des Protoplasma und theilweise Granulation der grossen Pyramidenzellen, Zustände, die im übrigen Gehirn nach dem Tode nicht gesehen wurden, woraus auf eine restitutio in integrum daselbst zu schliessen ist.

Bei der zweiten Reihe dagegen allgemeine Granulation des Protoplasma, Höhlen- und Pigmentbildung einiger grossen Pyramidenzellen, während die meisten derselben, so wie die kleinen Pyramiden- und polymorphen Zellen trübe Schwellung und körnige Zonen zeigten, einige auch durch Carmin sich wenig färben liessen; im übrigen Gehirn nach dem Tode Granulamassen, offenbar Reste von Nervenzellen, die meisten indess normal.

In der dritten Reihe zeigte sowohl das bei der Trepanation entnommene Stück, als auch das übrige Gehirn, den grössten Theil der Nervenzellen auf dem Wege der Zerstörung und sehr viele nekrotisch.

„Es scheint mir sonach, sagt der Verf., durch das Mikroskop erwiesen, dass eine Nervenzelle, deren Protoplasma im Zustande trüber Schwellung sich befindet und nur wenige granulirte Zonen zeigt, ihre Function wiedergewinnen kann, mithin der Heilung entgegen geht, während dieselbe, bei verbreiteter Granulation und gleichzeitiger Höhlenbildung nebst Pigmentdegeneration, im Zersetzungsprocess sich befindet.“

Fraenkel.

v. Bechterew, Ueber das Kniescheibenphänomen als diagnostisches Kennzeichen von Nervenleiden und über andere verwandte Erscheinungen. — Neurolog. Centralbl. No. 18.

Zieht man die Kniescheibe mit zwei Fingern in einem Ruck nach unten und hält sie in dieser Lage fest, so erfährt die Sehne des Quadriceps eine Dehnung, die unter Umständen eine reflectorische Contraction des Muskels bewirkt. Dieses Phänomen tritt zuweilen auch bei Abwesenheit des Fussclonus auf. Es deutet in den meisten Fällen auf eine organische Erkrankung des Nervensystems hin, kommt jedoch auch bei functionellen Erkrankungen mit erhöhter reflectorischer Erregbarkeit vor. Einseitiges Auftreten des Kniescheibenphänomens beweist stets eine organische Erkrankung.

Bei centralen Paralysen werden clonische Zuckungen der Musculi peronei bei der Beugung des Fusses nach innen beobachtet. In einem

Falle von schwerer Rückenmarksverletzung sah *Bechterew* clonische Zuckungen des Biceps femoris, welche sowohl beim Beklopfen des Muskels als auch bei tactilen Reizungen der Unterextremität auftreten.

v. *Bechterew*, Ueber pathologische Empfindungen und Mitempfindungen bei Geisteskranken. — Neurolog. Centralbl. No. 23.

Unter Mitempfindungen versteht man seit *J. Müller* die Erscheinung, dass zuweilen eine im gegebenen Gebiet localisirte Empfindung von einer anderen in einer entfernteren und keiner Reizung ausgesetzten Gegend begleitet wird, wie z. B. das Gefühl von Kälte beim Hören eines schrillen Tones. Bei Geistesstörungen kommen sowohl krankhafte Empfindungen, wie auch eigenartige krankhafte Mitempfindungen zur Beobachtung. Ein Kranker, der an chronischer Paranoia mit lebhaften Hallucinationen des Gesichtes und Gehöres leidet, vermeidet es, anderen Menschen in das Gesicht zu sehen, weil er dadurch ein unangenehmes Gefühl im Penis, wie einen Drang zum Urinlassen, bekommt. Eine Patientin klagte über unangenehm schmerzhafte Empfindungen beim Hören von bestimmten Worten, z. B. „Wasser“ und „gut“. Dieselbe Kranke hatte zuweilen das Gefühl, als ob sie erblinde, wenn sie ihrer Pflegerin in die Augen sah, oder wenn sie eine bestimmte andere Kranke singen hörte.

***Hughes*, *C. H.*, Die Psycho-Neurosen in der practischen Medicin. — The Alienist and Neurologist. October.**

Verf. geht zunächst auf die Chirurgie ein und spricht sich abfällig über verschiedene Operationen bei Erkrankungen auf nervöser Grundlage aus, wie z. B. die Oophorectomie, Ovariotomie, die durch eine entsprechende symptomatische und psychische Therapie behandelt werden müssten. Er warnt vor der Operation nervöser und geistig erregter Personen, die die schlimmsten Folgen für den Geisteszustand derselben haben können, und giebt dem Chirurgen verschiedene Vorsichtsmaassregeln an, um den deprimirenden Eindruck, den operative Eingriff auf den Patienten machen, möglichst zu vermeiden. *Behr.*

***Grimaldi*, *A.*, Beobachtung einer wichtigen Erscheinung bei einem linkshändigen Maler und Leonardo da Vinci. — Il Manicomio. 1895. No. 2—3.**

Ein bedeutender Maler, welcher linkshändig war, entdeckte kurze Zeit vor seinem Tode, dass er mit der rechten Hand besser seinen Ideen und Gefühlen malerischen Ausdruck geben konnte als mit der linken Hand. Durch diese Entdeckung wurde *G.* zu einer Studie über Sprache, Schrift, Zeichnung und Malerei und dem Antheil, welchen die einzelne Gehirnhemisphäre an diesen Thätigkeiten hat, angeregt. Er kommt zu dem

Schluss, dass die linke Hemisphäre für die geistigen Functionen vorwiege, während die rechte Hemisphäre ihr untergeordnet sei und hauptsächlich zur Unterstützung und zum eventuellen Ersatz der linken Hemisphäre diene. Zum Beweis seiner interessanten Ausführungen zieht *G.* neben andern Beispielen auch die Thatsache heran, dass *Leonardo da Vinci* sich beim Schreiben und Zeichnen der linken, dagegen beim Malen, einer complicirteren geistigen Thätigkeit, der rechten Hand bediente.

Richard Snell-Hildesheim.

Urbano, A. und **Christiani, A.**, Beitrag zum Studium der Störungen der hygrischen Sensibilität bei Geisteskranken. — Il Manicomio. 1895. No. 2—3.

Die Störungen des Gefühls für „nass" und „feucht" wurden von *U.* und *C.* bei einem nicht verwirrten, gebildeten Paranoiker eingehend untersucht, welcher an Hallucinationen sämmtlicher Sinne und des Gefühls litt. Derselbe glaubte im Bett mit feuchten, verwesenden Fleischstücken und mit kaltem Wasser in Berührung zu kommen. Später glaubte der Kranke mit ätzender Flüssigkeit begossen zu werden; nach den brennenden Schmerzen, welche dieselbe vesursachte, hielt er sie für eine concentrirte Lösung von Schwefelsäure. Die Hallucinationen steigerten sich immer mehr; zuletzt fühlte der Kranke im Schädel, Rückenmark und in den Augen Wasserströme. Diese Hallucinationen auf hygrischem Gebiet wechselten in ihrer Intensität entsprechend den Täuschungen der übrigen Sinne. *U.* und *C.* führen sie auf Reizung eines corticalen hygrischen Centrums zurück.

Eingehende Prüfung der Hautsensibilität in verschiedener, besonders auch in hygrischer Beziehung ergab nichts Abnormes.

Richard Snell-Hildesheim.

Massaut, Experimentelle Untersuchungen über den Grad der Giftigkeit des Urines von Geisteskranken. — Bulletin de la Société de Médecine mentale. 1895. No. 79. December.

Die Untersuchungen wurden angestellt, indem der Urin Thieren (Hunden, Kaninchen) in die Jugularvene injicirt wurde. Normaler Urin führte in sehr verschiedenen Dosen den Tod der Thiere hierbei. Die gefundenen Zahlen weichen erheblich von denen ab, die andere Forscher unter denselben Verhältnissen bekamen. Auch derselbe Urin zeigte Giftigkeit von sehr schwankendem Grade bei Versuchen an verschiedenen Thieren derselben Art. Entsprechende Erfahrungen wurden mit dem Urin von Kranken gemacht. Der Urin von Melancholischen und Neurasthenikern mit Depression zeigte oft verminderte Giftigkeit. Bei Stuporösen und Manischen war die toxische Wirkung bald grösser bald geringer als bei Gesunden. Das Ergebnisss der Untersuchungen ist also durchaus negativ.

Cullerre, Beitrag zur Psychologie des Landstreicherthums. Ein gebesserter Vagabund. — Annales médico-psychol. 1895. September, October.

André R. stand 1892 unter der Anklage, als Kurpfuscher und Wahrsager zahlreiche Betrügereien verübt zu haben. Er trug ein so auffallendes Benehmen zur Schau, dass die Untersuchung seines Geisteszustandes angeordnet wurde. R. zeigte sich als ein schwächlich gebauter Mensch von 30 Jahren mit unsymmetrischer Gesichts- und Schädelbildung, Hornhauttrübungen als Folge scrophulöser Keratitis, ungleichen Pupillen, Narben von vereiterten Submaxillardrüsen. Seit dem 19. Lebensjahre bestand fast vollkommene Taubheit. Er war 9mal wegen Diebstahl, Vagabondage und Betteln bestraft. Dann aber wurde er sesshaft und verdiente sich leicht einen reichlichen Lebensunterhalt, indem er Prophezeihungen und Orakel austheilte, Krankheiten auf magische Weise behandelte und ähnlichen Schwindel trieb. Er umgab sich mit Büchern und physikalischen Instrumenten, legte sich phantastische Titel bei und betrieb eine energische Reklame. Dies Geschäft ging glänzend. Die Untersuchung des R. ergab, dass er an lebhaften Sinnestäuschungen litt. Besonders sah er Lichterscheinungen und hörte, obgleich er sonst taub war, eine überirdische Stimme. Das abgegebene Gutachten kam zu dem Schlusse, dass R. an systematisirten Wahnideen leide, und dass die ihm zur Last gelegten Handlungen in Zusammenhang mit seiner Geisteskrankheit ständen. Daraufhin wurde R. freigesprochen. Da auch keinerlei polizeiliche Maassregeln gegen ihn getroffen wurden, setzte er seine Praxis als Zauberer fort, wurde aber doch vorsichtiger in der Art, wie er Reclame machte. Dagegen fing er an zu trinken und wurde zuweilen sinnlos berauscht im Strassengraben gefunden. *Cullerre* hält es für wahrscheinlich, dass die Sesshaftigkeit des R., also seine „Besserung“, nur eine vorübergehende sein werde und dass die Sehnsucht nach der Landstrasse bei dem alten Vagabunden eines Tages wieder zum Durchbruch kommen werde.

Hallervorden, Zur Pathogenese der puerperalen Nervenkrankheiten und zur Behandlung toxischer Psychosen. — Deutsche medicin. Wochenschrift No. 21.

Die Betrachtungen führen zu folgenden Sätzen: Fieberpsychosen und -Neurosen beruhen auf der Wirkung von Giften (Ptomaïnen, Säuren). Die nervösen Symptome der Giftwirkung sind an chemische Daten gebunden. Wenn sich im Puerperium unzweifelhafte, nicht trennbare klinische Uebergangsformen der febrilen Vergiftungen zu den nicht febrilen Nervensymptomen, der infectiösen Vergiftungen zu den nicht infectiösen Nervensymptomen vorfinden, so müssen alle in ihrer Art toxisch sein und analoge chemische Producte vorhanden sein. Wenn sich die bestimmten chemischen

Producte und toxischen Daten vorfinden, so müssen die fraglichen Psychosen und Neurosen toxisch sein.

Therapeutisch werden Versuche mit Infusion von physiologischer Kochsalzlösung empfohlen. Veröffentlichung der Einzelheiten solcher Versuche wird in Aussicht gestellt.

Bond, Diabetes und Geistesstörung. — Journal of mental sience. Januar.

In der Londoner Irrenanstalt zu Banstead wurde bei 175 frisch aufgenommenen Kranken der Urin auf Zucker untersucht. In 12 Fällen (6,85 pCt.) war das Ergebniss positiv. Es litten von 30 Paralytikern 3, von 55 Melancholikern 6 (hier ist im Original durch einen Druckfehler die Zahl 6 ausgelassen), von 6 Kranken mit organischer Demenz 2 und von 16 Altersblödsinnigen einer an Diabetes. Bei 2 Kranken mit angeborener Geistesstörung, bei 18 Epileptikern, 43 Manischen und 5 Hallucinanten wurde vergeblich noch Zucker im Urin gesucht. Ausser diesen acuten Fällen wurden noch 5 von chronischer Geistesstörung und zwar von secundärem Blödsinn, mit gleichzeitiger Glykosurie beobachtet. In mehreren Fällen ging eine Zunahme der Zuckermenge im Urin Hand in Hand mit einer Steigerung der psychischen Krankheitssymptome. Die Hälfte der Geisteskranken mit Diabetes waren Alkoholiker, die Mehrzahl war erblich belastet.

Heilbronner, Aphasie und Geisteskrankheit. — Psychiatr. Abhandlungen. Herausgegeben von Dr. *Carl Wernicke*, Medicinalrath und o. ö. Professor in Breslau. Heft 1.

Mittheilung eines Falles.

Bonhöffer, Seitenstrangerscheinungen bei acuten Psychosen. — Ebenda. Heft 2.

Mittheilung von vier Fällen, in denen bei acuter Psychose ein spastischer Symptomencomplex beobachtet wurde, der im wesentlichen die Merkmale der Pyramidenseitenstrangaffection trug, wohl vielleicht Paralyse vortäuschen konnte, aber keineswegs mit Paralyse zu identificiren war.

Handford, Nervenleiden im Gefolge von Infectionskrankheiten. — Wiener medic. Presse No. 11 und 12.

Die Folgeübel nach Infectionskrankheiten betreffen:

1. das Gehirn und seine Häute,
2. das Rückenmark und seine Häute oder
3. das periphere Nervensystem.

Geisteskrankheiten nach fieberhaften Erkrankungen haben eine ungünstige Prognose und bestehen am häufigsten in Schwachsinn, doch zeigen auch einige Fälle Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Epilepsie tritt am häufigsten nach Scharlach auf. Sprachverlust, doch keine wahre Aphasie, kommt in der Reconvalescenz nach Typhus vor, besonders bei Kindern, und ist wohl als Erschöpfungsparalyse aufzufassen. Meningitis kann bei Varicellen, Masern und Scharlach auftreten. Nach Typhus ist sie sehr selten.

Acute Myelitis tritt als Folge von Varicellen, Masern und Scharlach auf. Auch Poliomyelitis anterior und allgemeine Muskelatrophie kommen nach acuten Infectionskrankheiten vor. Eine räthselhafte Krankheit ist die als „typhoid spine“ beschriebene Neurose, die durch Schmerzen im Rücken und den Hüften und wahre Schmerzparoxysmen im Abdomen charakterisirt wird, mit allgemeiner Neurasthenie verbunden ist und in Genesung überzugehen pflegt.

Von Affectionen des peripheren Nervensystems kommen nach Typhus Lähmungen der Augenbewegungsnerven vor. Häufiger sind Neuritiden des N. ulnaris. Eine eigenthümliche Erscheinung ist die „Empfindlichkeit der Zehen“ nach Typhus, eine Hypersensibilität, die selbst den Druck der Bettwäsche unerträglich erscheinen lässt. Nach derselben Krankheit können ausgedehnte Lähmungen auftreten, die Aehnlichkeit mit Rückenmarkserkrankungen haben. Nach Scharlach sind periphere Nervenerkrankungen selten.

Bernheim, Ueber kataleptiforme Stellungen bei Typhus abdominalis und in gewissen psychischen Zuständen. — Wiener klinische Rundschau No. 1.

Im Verlaufe des Typhus abdominalis kommt oft ein Zustand vor, in welchem die oberen Extremitäten des Kranken in einer ihnen von anderen Personen gegebenen Stellung stehen bleiben. In einigen Fällen bekommt, wenn der Arm in die Höhe gehoben und kataleptisirt ist, das Auge des Patienten einen unbeweglichen, starren Ausdruck, die Gesichtszüge werden schlaff und unbeweglich, als ob das Gesicht selbst kataleptisch geworden wäre. „Endlich zwinkern die Augen und die Lider schliessen sich spontan. Es ist spontane Hypnose eingetreten.“

Diese Erscheinungen kommen nicht nur bei Typhus vor, sondern nach *Bernheim* bei zahlreichen Individuen, bei ganz gesunden sowohl wie in krankhaften Zuständen, als Ausdruck eines ganz bestimmten psychischen Zustandes, der auf einer gewissen Trägheit des Gehirnes beruht. Dieser Zustand kann als eine Schwächung der intellectuellen Initiative, als Fehlen der cerebralen Spontaneität charakterisirt werden. Er ist bei einigen Individuen der normale und kann bei anderen durch gewisse Erregungen und krankhafte Zustände erzeugt werden.

Reynolds, Geistige Störungen bei körperlichen Krankheiten. — Journal of mental science. Januar.

Die Ergebnisse der Untersuchung sind folgende: Das Auftreten von Geisteskrankheiten während des Verlaufes von körperlichen Krankheiten ist ziemlich selten. Am häufigsten werden geistige Störungen beobachtet nach fieberhaften Erkrankungen, dann folgen nach der Häufigkeit Vergiftungen, Verletzungen, Operationen und Herzkrankheiten. Manie ist die häufigste Form von Geistesstörung in den frühen Stadien von Fieber, sowie nach Verletzungen und Operationen, sonst ist Depression häufiger, am meisten kommen aber Verfolgungsideen, oft mit Gehörshallucinationen, zur Beobachtung, so z. B. bei Lungenschwindsucht und Herzkrankheiten, sowie nach Typhus. Besonders häufig sind Geistesstörungen bei denjenigen körperlichen Krankheiten, die auch periphere Neuritis verursachen, wie die Vergiftungen mit Alkohol, Kohlenoxyd, Schwefelkohlenstoff und Blei, ebenso Pellagra, Typhus, Scharlach, Influenza, Pneumonie, Phthisis, Syphilis, Septicämie, Gelenkrheumatismus, Gicht und Diabetes. Ist die Ursache der Störung eine vorübergehende, wie Vergiftungen, Fieber und Traumata, so verschwinden die psychischen Symptome in der grossen Mehrzahl der Fälle; bei Herzkrankheiten und Schwindsucht können sie aufhören und wiederkehren, in anderen Fällen, besonders bei Nierenkrankheiten, dauern sie bis zum Tode.

Maude, Geistige Störungen bei Graves'scher Krankheit. — Journal of mental science. Januar.

Von 20 weiblichen Kranken mit Morbus Basedowi war nur eine geisteskrank im engeren Sinne des Wortes, indem sie an chronischer Demenz mässigen Grades litt, andererseits aber waren nur 2 ganz frei von psychischen Symptomen. Die Kranken hatten unter einander viel Aehnlichkeit in ihrem Verhalten. Sie zeigten eine grosse Unruhe, ähnlich der, die bei subacuter Manie und Neurasthenie zuweilen beobachtet wird. Bei Einigen waren Hände und Gesicht in beständiger Bewegung. Chorea wurde jedoch in keinem Falle beobachtet. Ferner erschraken die Kranken sehr leicht, z. B. über ein geringes Geräusch, und beruhigten sich darüber oft erst nach Stunden. Zuweilen kamen Sinnestäuschungen vor, besonders solche des Gehörs. Schwindelgefühl war häufig. Grosse Reizbarkeit, Missvergnügtsein, die Neigung, sich leicht verletzt zu fühlen und Streit anzufangen und besonders eine grosse Unstätigkeit der Gedanken, die als „Gedanken-Chorea" bezeichnet worden ist, kennzeichnen den Gemüthszustand bei Morbus Basedowi. Es besteht also grosse Aehnlichkeit mit der Neurasthenie, dagegen fehlen die für die Hysterie charakteristischen Symptome (Störungen der Sensibilität, Gesichtsfeld - Einschränkungen). Sehr gross ist der Gegensatz zu dem apathischen Geisteszustand, der bei Myxödem beobachtet wird. *Otto Snell.*

Keay, 44 Fälle von fieberhafter Erkrankung während bestehender Geistesstörung. — Journal of mental science. April.

Ein 20 Jahre altes Dienstmädchen, welches an acuter Manie litt, wurde rasch und dauernd geheilt, als es an Scharlach erkrankte. Dieser Fall veranlasste *Keay*, in den Krankengeschichten der Irrenanstalt zu Inverness (Schottland) nach ähnlichen Vorkommnissen zu suchen. Er fand, dass seit dem Jahre 1866 über 38 Fälle von Typhus und 6 von Scharlach berichtet waren. Von den 6 Scharlachkranken zeigten 2 keine Veränderung ihres geistigen Zustandes, einer (chronische Manie von 1½jähriger Dauer) besserte sich, ohne ganz geheilt zu werden, die 3 übrigen wurden geheilt, und zwar fanden sich darunter 2 Fälle von chronischer Manie mit 7- und 5jähriger Krankheitsdauer. Von den 38 Typhuskranken starben 15; 6 wurden rasch von ihrer geistigen Störung geheilt, darunter 2 Fälle von chronischer Manie mit 2jähriger Krankheitsdauer und ein Kranker, der an allgemeiner Paralyse zu leiden schien. Ein ungünstiger Einfluss des Fiebers auf die Geistesstörung wurde nie beobachtet.

Snell, O., Ueber Analgesie des Ulnaris-Stammes bei Geisteskranken. — Berliner klin. Wochenschr. 1895, No. 42.

A. Cramer hat entdeckt, dass das höchst unangenehme Gefühl, das gesunde Menschen bei Druck auf den Ulnaris-Stamm am Ellenbogen empfinden, bei Paralytikern gewöhnlich fehlt. Die Beobachtung *Cramer*'s wird durch die vorliegende Arbeit bestätigt. Von 100 untersuchten Kranken waren 25 paralytisch. Bei diesen war die Reaction bei Druck auf den Ulnaris-Stamm normal in 4 pCt., abgeschwächt in 40 pCt. und erloschen in 56 pCt. der Fälle. Die übrigen 75 Kranken litten an Blödsinn mit Epilepsie oder an anderen chronischen Geistesstörungen, die Störungen der Sensibilität vermuthen liessen. Bei ihnen war das Ulnaris-Symptom normal bei 33 pCt., abgeschwächt bei 52 pCt., erloschen bei 15 pCt. Die nicht paralytischen Kranken mit Analgesie des Ulnaris-Stammes zeigten in der Mehrzahl auch andere schwere Störungen der Sensibilität. Demnach ist die Untersuchung der Ulnaris-Reaction nicht ohne diagnostischen Werth.

Freund, Ueber psychische Lähmungen. — Neurolog. Centralbl. 1895, No. 21.

Es wird betont, dass zwar hysterische Lähmungen psychische Lähmungen sind, nicht aber jede psychische Lähmung eine hysterische ist. In Anlehnung an die Associationstheorie von *Sachs* wird der Unterschied zwischen cerebralen und psychischen Lähmungen in dem Satze formulirt: „Die localisirte cerebrale Lähmung schädigt die Associationsfasern nach ihrer anatomischen Zusammenlagerung und wird durch einen Herd an

einer circumscripten Stelle des Gehirns hervorgerufen. Die localisirte psychische Lähmung schädigt die Associationsfasern, wie sie durch die Erfahrung, d. h. aus den Wahrnehmungen und der Verarbeitung derselben, mit einander verknüpft sind; cerebral können diese physiologisch zusammengehörigen Associationsfasern den verschiedensten Theilen des Grosshirns angehören, sie können durch einen circumscripten Herd nicht getroffen werden."

v. Bechterew, Ueber wenig bekannte Reflexerscheinungen bei Nervenkrankheiten und über die diagnostische Bedeutung des sog. Fussphänomens und der Sehnen- und Hautreflexveränderungen. — Neurolog. Centralbl. 1895, No. 24.

Bei alten Hemiplegikern tritt bei rascher passiver Streckung der gelähmten oberen Extremität an einer bestimmten Stelle, wenn der Unterarm gegen den Oberarm einen Winkel von ungefähr 135 Grad bildet, ein gewisser Widerstand ein, der auf einer reflectorisch angeregten Contraction des Biceps beruht.

In Fällen von multipler Neuritis wurde wiederholt eine starke Verlangsamung des Patellarreflexes beobachtet. Bei einem dieser Fälle bestand zugleich eine auffallende Erschöpfbarkeit des Reflexes, sodass er bei oft wiederholtem Beklopfen der Patellarsehne gänzlich verloren ging und erst nach Verlauf einiger Zeit wiederkehrte. Nicht nur bei multipler Neuritis, sondern auch bei Tetanie wird diese Erscheinung zuweilen beobachtet. — Bei Kranken mit motorischer und sensibler Paraplegie der Unterextremitäten in Folge von Rückenmarksaffectionen wurde eine Reflexerscheinung bemerkt, indem eine leichte und gleichmässige Percussion der vorderen Tibiafläche periodisch sich in bestimmten Zeiträumen wiederholende (meist nach 6 bis 7 Minuten) Contraction der Schenkelmusculatur bewirkte, welche zuweilen sogar zur Beugung des Kniegelenkes führte.

Das Vorhandensein des Fussclonus wird nicht als absoluter Beweis für eine organische Erkrankung angesehen; das Fussphänomen kommt vielmehr auch bei Hysterie, Myoclonus multiplex und Akinesia algera vor. Auch die Ungleichmässigkeit der Sehnenreflexe ist kein vollkommen sicherer Hinweis auf eine organische Affection des Nervensystems, sondern kommt z. B. bei hysterischen Lähmungen und bei einseitiger Neuralgie vor. Die Ungleichmässigkeit der Hautreflexe ist eine ziemlich häufige Erscheinung bei hysterischen Hemianästhesien und bei Hyperästhesien functionellen Ursprunges.

Bum, Ueber periphere und centrale Ermüdung. — Wiener medicinische Presse No. 48.

Die in Deutschland und Oesterreich beliebte Methode, körperliche Uebungen zwischen die Unterrichtsstunden einzuschieben, um dadurch den

Schülern Gelegenheit zur Erholung zu geben, veranlasste den Verfasser, mit Hülfe des *Mosso*'schen Ergographen Untersuchungen darüber anzustellen, ob die durch Gehirnarbeit verursachte Ermüdung des Centralnervensystems durch nachfolgende Muskelermüdung beseitigt werden kann. Er fand, dass anhaltende geistige Arbeit ganz dieselben Veränderungen an der von dem Ergographen gezeichneten Ermüdungscurve hervorbringt, die auch durch körperliche Anstrengung, wie sie das in den Schulen geübte „deutsche Turnen" darstellt, verursacht werden. Daraus ist zu schliessen, dass das Turnen nicht als eine zweckmässige Erholung von der geistigen Anstrengung der Unterrichtsstunden angesehen werden kann. Wirkliche Erholung bietet nur die körperliche und geistige Ruhe, besonders der Schlaf. Zweckmässiger als das jetzt übliche Turnen werden die sogenannten „Turnspiele" im Freien sein.

Krenberger, Psychische Taubheit. — Wiener Medic. Presse No. 48, 49, 51.

Heller hat in einem vor der Naturforscherversammlung zu Wien 1894 gehaltenen Vortrage „Ueber psychische Taubheit im Kindesalter" diesen Zustand als eine idiotische Sprachlosigkeit bezeichnet. Ihre causale Herleitung ist nach ihm folgende: Fehlen der Wort- oder der Schallperception in Folge einer centralen Hemmung oder Störung, die manchmal auch die Schallleitung ergreift. Die psychische Form dieses Grundes ist der Mangel der concentrirten oder das Verharren in stumpfer Aufmerksamkeit. *Heller* bekämpft diese Formen der Sprachlosigkeit durch ein Verfahren, welches die Aufmerksamkeit begründet, und mit einer Methode, die zwei Stufen hat: 1. Vorsprechen des Lehrers an Stelle des Schülers, wenn dieser eine befohlene Handlung ausführt, oder Einsprechen bei denjenigen, deren Schallleitung noch gehemmt ist, und 2. Sprechen des Schülers selbst, indem das Kind zunächst zum Ergänzen einzelner Worte, dann ganzer Satztheile und schliesslich zum Aussprechen einer Antwort auf die Frage des Lehrers gebracht wird. Die Ausführungen *Heller*'s werden von *Krenberger* lebhaft bekämpft. Weder seine Begriffsbestimmung, noch seine Causalerklärung, noch sein Heilverfahren werden gebilligt.

Siemerling, Ueber die Veränderung der Pupillenreaction bei Geisteskrankheiten. — Berliner Klin. Wochenschr. No. 44.

Die Pupillendifferenz, der man früher grosse Bedeutung beilegte, kommt häufig bei Gesunden vor. Die reflectorische Pupillenstarre findet sich bei der progressiven Paralyse nach den Statistiken von *Moeli, Siemerling, Greppin, Wollenberg, A. Westphal, Thomsen, Gudden* und *Hirschl* in 68 pCt. der Fälle. Sie gehört zu den Frühsymptomen der Paralyse. In den meisten Fällen ist sie doppelseitig; dauernde einseitige Starre ist

ausserordentlich selten. Die Form der Pupille wird in den meisten Fällen verändert, sie verliert ihr kreisrundes Aussehen und wird eckig, ausgezackt, elliptisch. Ausserordentlich selten ist die Umkehrung des Pupillenreflexes, die paradoxe Reaction. Zuweilen schwankt die Pupillenweite innerhalb eines Tages beträchtlich: springende Mydriasis. Hippus ist bei Paralyse selten.

Bei allen anderen Psychosen ist Pupillenstarre selten im Vergleich zur Paralyse. Im Greisenalter kommt Pupillenstarre bei Gesunden vor. Im epileptischen Anfalle sind die Pupillen maximal erweitert und reactionslos. Die Pupillenstarre dient mit Recht als wesentliches Unterscheidungsmerkmal des epileptischen Krampfanfalles von dem hysterischen.

Die Erweiterung der Pupille als Reflex auf sensible Reize, die bei noch nicht in höherem Alter stehenden Gesunden stets vorhanden ist, fehlt bei Paralytikern häufig und ist bei vielen Epileptikern sehr lebhaft.

Die Frage nach dem anatomischen Sitze der Veränderung, welche die reflectorische Pupillenstarre verursacht, lässt sich noch nicht entscheiden. Es ist weder der Forschung in der pathologischen Anatomie des Menschen, noch dem Thierexperiment bisher gelungen, eine bestimmte Kerngruppe im Oculomotorius oder in dessen Nähe als Centrum des in Rede stehenden Reflexes zu finden.

Hering, Inwieweit ist die Integrität der centripetalen Nerven eine Bedingung für die willkürliche Bewegung? — Wiener klin. Rundschau No. 43.

Ein enthirnter Frosch („Rückenmarkfrosch") zieht bekanntlich die Extremitäten an den Leib und richtet sich auf. Um festzustellen, ob diese Erscheinung durch einen äusseren Reiz hervorgerufen wird, oder ob sie rein centralen Ursprunges ist, durchschnitt *Hering* Fröschen zunächst alle 20 hinteren Wurzeln und erst später (nach 1 bis 3 Tagen) die Medulla oblongata. Diese Frösche blieben dauernd bewegungslos; ihre Extremitäten blieben in den Stellungen, die ihnen passiv ertheilt wurden. Dies Experiment beweist, dass die Aufhebung des functionellen Zusammenhanges der peripheren und centralen Endorgane aller centripetalen Nerven Bewegungslosigkeit des Rückenmarkfrosches herbeiführt. Werden bei einem Hunde die hinteren Wurzeln durchschnitten, welche eine hintere Extremität versorgen, so treten in dem betreffenden Beine hochgradige Bewegungsstörungen auf. Der Hund würde nicht mehr laufen können, wenn seine vier Extremitäten centripetal gelähmt wären. Aehnliches ist beim Affen beobachtet. Auf Grund dieser Beobachtungen vertritt *Hering* die Meinung, dass mit der functionellen Ausschaltung sämmtlicher centripetaler Nerven auch eine nothwendige Bedingung für die willkürliche Bewegung ausgeschaltet würde.

Mc Caskey, G. W., Die Messung der Temperatur an der Oberfläche des Kopfes bei Erkrankungen des Gehirns. — The Alienist and Neurologist. October.

Nachdem Verf. sich zunächst weitläufiger über die technischen Schwierigkeiten bei der Temperaturbestimmung auf der Oberfläche des Kopfes ausgesprochen hat (richtige Temperatur in der Umgebung, Vermeidung jeglichen Einflusses von Seiten der umgebenden Luft auf die zu untersuchende Stelle, Art und Form des Instrumentes u. dergl.), betrachtet er zunächst kurz die unter normalen Verhältnissen vorkommenden Schwankungen der Temperatur, ihr Steigen mit angestrengter Gehirnthätigkeit, bei länger dauernder Bewegung einzelner Muskeln über ihrem Centrum im Gehirn, um dann ausführlicher auf die Temperaturunterschiede in pathologischen Fällen einzugehen. Nach seinen eigenen Beobachtungen, die mit denen anderer Forscher in Uebereinstimmung stehen, steigt die Temperatur an der Oberfläche des Kopfes bei allen Erkrankungen des Gehirns, die mit entzündlichen Erscheinungen verlaufen, mit starkem Blutreichthum und entzündlicher Veränderung des Gehirns, wie z. B. bei den verschiedenen Formen der Meningitis, bei Gehirnabscessen und Geschwülsten, und zwar findet sich die Steigerung an der Stelle, die dem Sitze der Erkrankung im Gehirn entspricht. Dasselbe gilt auch für die acute Manie, dagegen hat Verf. ein Sinken der Temperatur bei verschiedenen Fällen von Gehirnembolie beobachtet. Seiner Ansicht nach ist die Messung der Temperatur an der Oberfläche des Kopfes bei Gehirnkrankheiten, wenn auch nicht ausschlaggebend, so doch für die Diagnose äusserst wichtig.

Behr.

Burr, C. B., Ueber die Differentialdiagnose der Geisteskrankheiten. — The Alienist and Neurologist. October.

Diese Schrift macht den Eindruck eines kurz gefassten Lehrbuches. Verf. stellt die einzelnen Geisteskrankheiten, deren Erscheinungen sehr ähnlich sind, zusammen, zählt ihre Symptome auf und führt einzelne für die Differentialdiagnose wichtige Punkte an. *Behr.*

Winkler, C., Der Einfluss der Ausrottung beider Nervi vagi auf den Herzmuskel. — Psychiatrische Bladen. Band 12, Lieferung 3.

Verf. berichtet nach einer kurzen Zusammenstellung der diese Frage behandelnden Literatur über Versuche, die er an Tauben und an tracheotomirten Kaninchen angestellt hat. Die erste Folge der Ausschaltung der Nervi vagi bei Tauben ist die bekannte Erhöhung der Pulsfrequenz und das Sinken der Respiration von 40 bis 60 Athemzügen in der Minute bis auf 5 bis 20. Zugleich aber wird der systolische Herzton verlängert und dumpf, und öfters hört man ein deutliches systolisches Geräusch. Allmäh-

lich wird der Herzschlag ruhiger, aber nach 3 bis 4 Tagen stirbt das Thier unwiderruflich. Der Tod ist ein Herztod: bei der Section findet man auf der Innenseite des Herzmuskels weisse bis gelbliche Flecke abwechselnd mit rothen Striemen; eine grosse Anzahl von Muskelfasern sind degenerirt. Aber neben diesen degenerativen Processen finden sich auch regenerative Vorgänge in Form von Schwellung der Muskelfasern und Kerntheilungsfiguren in denselben. Diese Fasern gruppiren sich zu Haufen, zu myocarditischen Herden und daneben findet sich auch Wucherung des Endocardiums selbst. Dieselben Bilder zeigen sich bei Kaninchen, die vor der Durchschneidung der Vagi tracheotomirt sind, und bei denen sich in Folge der Tracheotomie die Pneumonie später einstellt. Daneben zeigen sich noch Blutungen im Herzmuskel und Infiltration des Pericardiums mit Leukocyten. Die gefundenen pathologisch-anatomischen Veränderungen bestimmen Verf. zu der Ansicht, dass bei Chorea und bei anderen Infectionskrankheiten durch Lähmung und Degeneration des Nervus vagus eine Endocarditis entsteht, welche die Klappenfehler veranlasst. In einer demnächst erscheinenden Dissertation wird Verf. auseinandersetzen lassen, dass bei gewissen Choreafällen sich elektrische Veränderungen, ja öfters Entartungsreaction in den Muskeln findet, und wird aus der Literatur die Fälle zusammenstellen, in denen multiple Neuritis die Chorea complicirte. Schliesslich wird er den Beweis liefern, dass bei den tödtlich verlaufenden Choreafällen der Tod ein Vagustod ist und die pathologischen Veränderungen hierbei dieselben sind wie bei den operirten Tauben und Kaninchen.

Serger.

Tellegen, Geschlechtliche Enthaltsamkeit. — Psychiatrische Bladen. Band 13, Lieferung 2.

Verf. befürwortet in seinem mit einer Menge von Citaten der verschiedensten Autoren versehenen Vortrage warm und beredt die geschlechtliche Enthaltsamkeit. „Eine unparteiische Ueberlegung der Ursachen der Geisteskrankheiten lehrt, dass dieselben — abgesehen von den Fällen von Infection und Trauma — in der grössten Mehrzahl die Folgen sind von Uebertretungen der Gesetze der Hygiene und der Vorschriften der Sittenlehre. Das Gesetz der Erblichkeit bringt es mit sich, dass hygienische oder sittliche Fehler der Eltern sich an den Kindern und Kindeskindern rächen.“

Serger.

Ventra, D., Die Spätheilungen bei Geisteskrankheiten. — Il Manicomio. 1895. No. 2—3.

V., welcher schon im Jahre 1889 eine Arbeit über dieses Thema veröffentlicht hat, fand unter 40 Fällen von spät eintretender Heilung 3, welche erst nach 20jähriger Krankheitsdauer eingetreten waren. Zweimal handelte es sich um Delirium chronicum, eine Krankheitsform, welche *V.*

in annähernd 40 pCt. genesen sah. Den hohen Procentsatz der Heilungen verdankt *V.* der Beschäftigung der Kranken mit körperlichen Arbeiten und in freier Luft. Solche Fälle von Spätheilungen mahnen zu besonderer Vorsicht, wenn wegen Trennung der Ehe die Frage der Unheilbarkeit zu entscheiden ist. *Richard Snell*-Hildesheim.

Ventra, Le guarigioni tardive della Pazzia. — Nocera 1896. (Spätheilungen von Psychosen.)

Wer die Verlegenheit des Arztes kennt, der vor die Aufgabe gestellt ist, besonders in foro über den möglichen Ausgang einer noch so frischen Psychose zu entscheiden, dem muss es willkommen sein, wenn ein erfahrener Irrenarzt, wie der Director der Provinzialanstalt Nocera, auf Grund des sorgfältigen Studiums chronischer Fälle wenigstens einige Regeln mittheilt, die eine sichere Richtschnur abgeben. Unter 3531 Fällen, die während der 13 Jahre von 1883—1895 in seine Anstalt aufgenommen wurden, fand *Ventra* 23,75 pCt. in den ersten 4 Jahren Geheilte und 40 Fälle, d. i. 1,13 pCt., deren Heilung nach dem 4. Jahre stattfand, eine stattliche Zahl gegenüber den Statistiken älterer Daten[1]). Um sich zu vergewissern, dass es sich hierbei um wirkliche, und nicht um Scheinheilungen oder Remissionen handelt, die so häufig zu Reclamationen seitens des Publicums verleiten, hat Verf. 6 Jahre lang mit der Veröffentlichung seiner Arbeit gewartet, während welcher Zeit er die entlassenen Kranken entweder selbst beobachtet oder durch Aerzte hat beobachten lassen. Zu dieser Kategorie gehören 9 Fälle (F. XXV—XXXIII), die er seit 6 Jahren selbst unter Augen gehabt hat und die wir herausheben.

1. Am. A., 22 Jahre alt. Im 17. Lebensjahre durch heftigen Schreck Stupor mit Hallucinationen. Erblich belastet. Anzeichen psychischen Ver-

---

[1]) Die Statistik der Irrenanstalten im preussischen Staate zählt an Genesenen:

Bei Aufenthaltsdauer über 5 bis 10 Jahren:

1875	an	Melancholie	1	unter	407,	an	Manie	3	unter	434,	sec.	S.-St.	1 unter	42 Fäll.
1876	„	„	1	„	427,	„	„	1	„	465,	„	„	— „	61 „
1877	„	„	2	„	512,	„	„	5	„	571,	„	„	2 „	80 „
1878	„	„	2	„	509,	„	„	2	„	537,	„	„	2 „	63 „
1879	„	„	5	„	540,	„	„	7	„	560,	„	„	3 „	87 „

Bei Aufenthaltsdauer über 10 bis 16 Jahren:

1875	an	Melancholie	1,	an	Manie	1,	an	secundärer	Seelenstörung	1,
1876	„	„	3,	„	„	—,	„	„	„	—,
1877	„	„	3,	„	„	1,	„	„	„	3,
1878	„	„	2,	„	„	1,	„	„	„	2,
1879	„	„	1,	„	„	1,	„	„	„	2.

falls. Heilung nach 14 Jahren. Apathie, Verwirrtheit, Impulse, zweimal Remission.

2. P. N., Mann, 40 Jahre alt. Paralys. infant. der Unterextremitäten. Delir. sensoriale chronic. Seit 1880 im Asyl. Schon seit mehreren Jahren unruhig, aggressiv. Hallucinationen erotisch-religiöser Färbung. Heilung nach 8 Jahren.

3. C. J., Mann, 35 Jahre alt. 1885 Convulsionen mit vorübergehender Taubstummheit (Hysterismus). Delirium sensoriale chronic. Abusus Vini. Seit 1894 weder Hallucinationen noch Delirium. Heilung nach 9 Jahren (1895).

4. S. P., 37 Jahre alt. Seine Schwester und ein Bruder irr. Seit 1888 nach Malaria finster, misstrauisch, fürchtet seine Frau und Kinder würden umgebracht, Gehörs- und Gesichtstäuschungen. Im Asyl seit 1889. Nachlass 1893. Typhus. Heilung nach 6 Jahren.

5. Anna, 21 Jahre alt. Grossvater und Bruder irr, Vater und Mutter nervös. Verunglückt im Lehrerinnen-Examen. Tiefe Depression, Selbstmordversuch. Illusionen und Hallucinationen. Psychischer Verfall. Heilung nach 7 Jahren.

6. R. Felicia, 40 Jahre alt. Erblich (?). Delirium sensoriale chronic. Mischform. Seit 1874 in Aversa (I.-A.). Stets aufgeregt oder deprimirt. Erotische Hallucinationen. Geistiger Verfall. Seit 1893 klar. Heilung nach 20 Jahren.

7. B. A., 38 Jahre alt. Seit Puerperium 1880 Delirium sensoriale mit Gesichtstäuschungen (sieht die Schatten ihrer Todten), 1889 Verwirrtheit, Schlaflosigkeit, Unruhe. Arbeitet seit 1890. Entlassen 1894. Heilung nach 10 Jahren.

8. R. A., 40 Jahre alt. Litt 1892 an Taenia. Hypochondrische Ideen, hallucinirt, bedroht seine Verwandten. Parästhesie erhält sich noch Jahre lang. Volle Krankheitseinsicht. Heilung nach 10 Jahren.

9. F. D. Trinker. Mania chronica. Incohärent, agitirt. Heilung nach 19 Jahren.

Lassen wir uns an diesen Beispielen mit Uebergehung der übrigen 31 von dem Verfasser mitgetheilten Fälle genügen und bemerken nur, dass unter den 40 Geheilten 18 sich befinden, die an einer Krankheitsform — Delirium sensoriale chronicum — gelitten haben, welche nach *Ventra* bisher wenig beachtet und meist mit anderen Formen, besonders mit Paranoia, zusammengeworfen worden ist, die aber durch ihre Heilbarkeit nach langer Zeit sich auszeichnet, während Manie nur mit 6 und Melancholie mit 7, Paranoia mit 8 Fällen unter 40 vertreten sind, zeigt das Delirium sensoriale chronicum fast die Hälfte der Spätheilungen bis zum 20. Jahre.

Das Letztere charakterisirt sich in Kurzem folgendermaassen: Es entsteht entweder aus dem acuten Zustand (Wahnsinn nach *Krafft-Ebing*) oder genuin, selten auf erblichem Boden, aus Erschöpfung des Gehirns

durch Puerperium, Infection, Trauma, beruht auf Ernährungs- und Circulationsstörung. Selbstbewusstsein (Persönlichkeit) trotz der Hallucinationen möglichst erhalten, gegenüber der Paranoia. Remissionen, wenn auch nur kurz. Selten sind Rückfälle. Genesung gründlich, ohne namhaften Defect.

Fraenkel.

Deventer **senior,** ***J. van,*** **Isoliren oder nicht isoliren? — Psychiatrische Bladen. Band 14, Lieferung 1.**

Es giebt Fälle, bei denen man um die Isolirung nicht herumkommt. Verf. empfiehlt in der Nähe der Wachsäle sowohl Einzelzimmer als Isolirzellen — letztere mit doppelten Thüren und doppelten Wänden, um den Schall zu dämpfen — anzulegen, in denen die Kranken zweckmässige Behandlung erfahren. Durch diese Einrichtung wird das Isoliren auf den besonders gelegenen Isolirabtheilungen auf das geringste Maass beschränkt werden. Dahin zu streben muss jedes Irrenarztes vornehmste Aufgabe sein.

Serger.

Ruysch, v. Walsun Bihl, **Bericht über den Gebrauch von Alkohol in Irren- und Nervenanstalten. — Psychiatrische Bladen. Band 14, Lieferung 2.**

Der Bericht enthält die Antwort auf die von dem Verein der völlig Enthaltsamen an die niederländischen Psychiater gestellten Fragen: 1) hält der Verein der niederländischen Irrenärzte völlige Enthaltsamkeit von allen berauschenden Getränken für Geisteskranke für nothwendig oder erwünscht? 2) wenn nein, in welchen Grenzen und auf welche Weise wird es für erlaubt gehalten, alkoholische Getränke an Geisteskranke zu verabfolgen. Das wichtigste der Ergebnisse des zu diesem Zweck herumgesandten Fragebogens ist folgendes. An einer der 24 Irrenanstalten und an einer der zahlreichen Nervenanstalten wird völlige Enthaltsamkeit geübt, in dieser Irrenanstalt ist auch der Alkohol als Heilmittel verpönt. Die Kranken der zahlenden Klassen erhalten regelmässig Bier oder 1 bis 2 Gläser leichten Rothwein. Die Kranken der niederen Klassen erhalten als Belohnung oder bei festlichen Gelegenheiten Bier oder Wein. Schädliche Folgen von diesen mässigen Gaben sind nirgends beobachtet. — Als Heilmittel wird Alkohol empfohlen bei drohender Herzparalyse. Die Antworten auf die gestellten Fragen lauten folgendermaassen: 1) Die grosse Mehrzahl der holländischen Irrenärzte hält völlige Enthaltsamkeit von alkoholischen Getränken als Regel bei Geistes- und Nervenkranken für nicht nöthig; sie nimmt hiervon allein aus die Alkoholiker und einige auch die Epileptiker. 2) Reichlichere Verabreichung alkoholischer Getränke wird für nicht nöthig, selbst für ungewünscht erklärt.

Individualisiren ist die Hauptsache und dies bleibe dem Arzte überlassen.

Serger.

Stadelmann, Zur Therapie der durch Vorstellung entstandenen Krankheiten. — Wiener klin. Rundschau No. 43.

Die Hälfte aller Krankheiten, wie sie dem Arzte zur Beobachtung kommen, kann man nach *Stadelmann* in ihrer Entstehung zurückführen auf eine Vorstellung, welche die Psyche des Kranken in ihrer Thätigkeit alterirt hat. Alle diese Störungen sind durch eine einmalige methodische Suggestivbehandlung heilbar. Es wird über derartige Erfolge berichtet bei Diabetes albuminosus nervosus, Diabetes mellitus nervosus, Oedema nervosum, nervösen Erkrankungen der Haut, Enuresis nocturna, traumatische Neurose, Epilepsie und Geisteskrankheit.

Meyer, L., Die Anwendung von Ruhe und von Beschäftigung in der Behandlung von Nerven- und Geisteskrankheiten. — Journal of mental science. April.

In England ist die systematische Anwendung der Bettruhe noch wenig gebräuchlich. *Ludwig Meyer*, der diese Behandlungsmethode als Erster sowohl gegen Erregungszustände als bei Depression in grossem Umfange angewendet hat, macht in dem vorliegenden Aufsatze die englischen Collegen mit seinem Verfahren bekannt, das in Deutschland allgemein anerkannt und in den meisten Irrenanstalten geübt wird.

O'Neill, Die Beschäftigung der Geisteskranken. — Journal of mental science. April.

Der Werth der Arbeit nicht nur in der Behandlung der Kranken, sondern auch für die Verwaltung der Irrenanstalten wird sehr betont. In Limerick (Irland) werden alle Arten von Handwerk in der Anstalt unter Mitwirkung von Kranken betrieben, sodass z. B. alle Kleider, sowohl für die Patienten als für das Pflegepersonal, in der Anstalt hergestellt werden. Es wird sodann die Wichtigkeit der Beschäftigung mit Ackerbau hervorgehoben und sehr beklagt, dass den irischen Anstalten wegen ihres geringen Grundbesitzes die ausgedehnte Anwendung ländlicher Arbeit nicht möglich ist. Aus der beigefügten Tabelle geht hervor, dass in Limerick mehr als $^2/_3$ der Kranken, der männlichen sowohl wie der weiblichen, beschäftigt ist. Die Nichtbeschäftigten werden eingetheilt nach den Ursachen, aus denen sie nicht arbeiten. Die Weigerung der Kranken, sich zu beschäftigen, kommt nur bei weniger als einem Zehntel des Krankenbestandes vor.

Bannister, Die Behandlung von Geisteskranken in ihrer Wohnung. — The Journal of nervous and mental disease. November 1895.

Die Behauptung *Weir Mitchell's*, es sei ein Aberglaube, dass der Aufenthalt in einer Irrenanstalt an sich heilend wirke, und die Irrenanstalten seien als die letzte Zuflucht im schlimmsten Falle anzusehen, ist

von anderen amerikanischen Neurologen beifällig aufgenommen worden. Dem gegenüber führt *Bannister* aus, dass zwar viele Geistesstörungen, z. B. die milderen Formen der Melancholie und Erschöpfungszustände, sehr wohl ausserhalb der Irrenanstalten behandelt werden können, dass aber für die grosse Mehrzahl der Fälle die Behandlung der Psychosen in Anstalten vorzuziehen ist, besonders weil viele Einrichtungen, die bei der Behandlung nützlich oder nothwendig sind, in Privathäusern nicht hergestellt werden können.

---

5. Pathologische Anatomie. Referent: Ripping-Düren.

Kölliker, Handbuch der Gewebelehre des Menschen. — 6. Auflage. II. Bd. Nervensystem, II. Hälfte. Leipzig, Engelmann. 1896.

Mit dem vorliegenden Bande findet *Kölliker*'s Gewebelehre des Nervensystems des Menschen ihren Abschluss. Das Werk des Altmeisters bedeutet auch für die neurologische Literatur eine wichtige Bereicherung, da es das einzige ist, welches die Nervenhistologie gleich ausführlich wie vollständig behandelt. In der vorliegenden zweiten Hälfte desselben findet vor allem der feinere Bau des Mittel- und Vorderhirns, sowie des peripheren und sympathischen Nervensystems eine eingehende Darstellung, welche auch die Verhältnisse der Gehirne der Thiere in geeigneter Weise berücksichtigt. Durch die Heranziehung und kritische Besprechung aller Forschungen der neueren Zeit bildet das Werk für Jeden auf diesem Gebiete Arbeitenden eine wesentliche Hülfe und Unterstützung. Hervorzuheben ist der grosse Reichthum des Werkes an nur nach Originalen und mustergültig ausgeführten Abbildungen, welche gerade für dies Gebiet der Gewebelehre von besonderem Werthe sind. *Scheven.*

Arbeiten aus dem Institut für Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems a. d. Wiener Universität. — Herausgegeben von Prof. Dr. *H. Obersteiner.* IV. Heft. 1896.

Der Arbeit *Redlich*'s — „zur Pathologie der multiplen Sclerose des Nervensystems“ — liegt die Beobachtung und zum Theil auch pathologisch-anatomische Untersuchung von 23 Fällen von multipler Sclerose zu Grunde; sie giebt auch einen Ueberblick über die bisherigen pathologischen Erfahrungen bei dieser Erkrankung. Bei den eigenen anatomischen Untersuchungen fand Verf. neben der Verdichtung des Gewebes durch Vermehrung von Gliazellen und besonders von Glia-Fasern,

welche den Heerden ein fibrilläres bezw. körniges Aussehen verleihen, sowie dem Zerfall der Markscheiden und der relativ häufigen Persistenz von Axencylindern an einzelnen Heerden die Gliabalken nur wenig verdickt und ein weitmaschiges Netzwerk bildend, innerhalb dessen die Nervenfasern grösstentheils fehlten, und in dessen Umgebung noch Zerfall von Markscheiden und Degeneration von Axencylindern nachweisbar war.

Heerde von dieser aräolirten Beschaffenheit waren in der Medulla oblongata wie in der weissen Rückenmarkssubstanz anzutreffen. In der grauen Substanz des Rückmarks fanden sich ebenfalls Heerde, die mehr eine Lockerung des Gewebes erkennen liessen: die Zwischenräume der Stützsubstanz, an der die fibrilläre Verdickung fehlte, waren ziemlich leer, Nervenfasern nur spärlich nachweisbar. Bei den mehr subacut verlaufenen Fällen waren ausser den constanten Veränderungen der Nervenfasern, dem Vorhandensein von Markschollen und Fettkörnchenzellen, ebenfalls Lücken im Gewebe zu constatiren, welche leer waren oder Reste von Fettkörnchenzellen zeigten: hier war neben der Degeneration auch völliger Untergang von Nervenfasern erfolgt, während die Veränderung des Gliagewebes mehr zurücktrat.

Auf Grund dieser Befunde neigt Verf. der Ansicht zu, dass der primäre anatomische Process bei der multiplen Sclerose in einem degenerativen Zerfall der nervösen Elemente besteht, dem sich erst secundär die Wucherung des Gliagewebes anschliesst.

Schlesinger — „über Spaltbildungen in der Medulla oblongata und über die anatomischen Bulbärläsionen bei Syringomyelie" — bringt eine Ergänzung seiner bekannten Monographie der Syringomyelie. Gestützt auf eine Anzahl eigener Beobachtungen, in denen es sich um Höhlen- und Spaltbildungen bezw. Gliawucherungen handelte, welche vom Rückenmark auf die Oblongata fortgeschritten oder im Bulbus medullae isolirt aufgetreten waren, hat Verf. eine Reihe typischer Lokalisationen der bulbären Spaltbildung und der durch sie bedingten Veränderungen aufgestellt. Bei der Entstehung der medianen Spalten scheinen entwickelungsgeschichtliche Veränderungen eine Rolle zu spielen, während als Ausgangspunkt der lateralen Spalten-Gefässalterationen anzusehen sind. Durch die letzteren Spalten werden auch einzelne, als typisch sich erweisende klinische Erscheinungen herbeigeführt, an der Hand derer ein Schluss auf bestehende Complicationen (Tabes und relativ häufig, Hydrocephalus) möglich ist.

Die zweite Arbeit *Schlesinger*'s enthält: „Beiträge zur Kenntniss der Schleifendegenerationen". Diese Degenerationen sind bei dem complicirten Aufbau der Schleifenschicht je nach dem Sitz der Läsion — bei der es sich grösstentheils wieder um Syringomyelie handelt — verschiedenartige. Der Aufbau der Schleife wird besonders dadurch complicirt, dass fortwährend kurze, derselben Medullaseite entstammende Fasern in

sie einstrahlen, ferner durch das Hinzutreten des „lateralen pontinen Bündels“ und des „Bündels von der Schleife zum Fuss“, welche in den lateralen Theil des Hirnschenkelfusses gelangen. Die aufsteigende Degeneration — Sitz der Läsion in der Oblongata — konnte bis zur Höhe des Thalamus opticus verfolgt werden; die absteigende Degeneration ist um so ausgedehnter, je tiefer der Sitz der Läsion sich befindet. Bei Läsion des Haupttheils der Schleife im Pons wurde auch Degeneration nach beiden Richtungen — nach den Hinterstrangskernen zu entgegen der Leitungsrichtung — beobachtet. Nach einem Vergleich mit den klinischen Erscheinungen scheint die Schleife in der Höhe der Olive Bahnen für Berührungsempfindung und Muskelsinn nicht zu führen; dagegen verlaufen in ihr wahrscheinlich Fasern für Schmerz- und Temperaturempfindung.

Pineles — „Zur pathologischen Anatomie der reflectorischen Pupillenstarre“ — bespricht die anatomischen Befunde am Gehirn eines 2 Jahre nach dem Auftreten der ersten Symptome an einer intercurrenten Affection gestorbenen Tabikers, welcher klinisch reflectorische Pupillenstarre mit erhaltener Convergenzreaction ohne Augenmuskellähmungen gezeigt hatte. Die in diesem Falle sich findende hyperämisch-entzündliche Veränderung im centralen Höhlengrau am Boden des Aquaeductus Sylvii in der Gegend der hinteren Commissur mit Wandverdickung und starker Füllung der Gefässe, sowie einer Reihe von kleinen Blutungen glaubt Verf., auf Grund der Annahme, dass die veränderte Stelle dem Wurzelgebiet der die Innenmusculatur des Auges versorgenden Oculomotoriusfasern entspricht, und zugleich in ihr der Verlauf einer Verbindungsbahn zwischen Opticus und Oculomotorius zu vermuthen ist, in dem vorliegenden Falle als die pathologisch-anatomische Grundlage der reflectorischen Pupillenstarre ansehen zu dürfen.

Die von *Cassirer* und *Schiff* gelieferten „Beiträge zur Patholgie der chronischen Bulbärerkrankungen“ bilden eine wesentliche Bereicherung der Literatur über das in mancher Beziehung noch sehr streitige Gebiet der Lokalisation und Bedeutung der einzelnen Hirnnervenkerne und ihrer Wurzelfasern. An der Hand ihrer Befunde bei 4 Fällen mit ausgesprochenen bulbären Veränderungen (3 Tabes, 1 Alkoholismus) geben die Verff. eine eingehende Besprechung der bisherigen klinischen und anatomischen Ergebnisse auf diesem Gebiet. Nach den Untersuchungen der Verff. entstammen die Oculomotoriusfasern nur dem medialen und den lateralen Kernen, während die Bedeutung der vorderen Kerne noch unklar bleibt; das Kerngebiet des Augenfacialis liegt nicht im Bereich der Kerngruppe des N. III. Von der letzteren meist durch ein zellarmes Gebiet getrennt liegt der Trochleariskern als eine compacte Zellmasse in das hintere Längsbündel eingelagert. Die in allen 4 Fällen vorliegende, in 3 derselben totale Degeneration der spinalen Trigeminuswurzel, welche Sensibilitätsstörungen im Gesicht verursacht hatte, sowie die — ein

dorsomediales, feinfaseriges Bündel verschonende — Degeneration der spinalen Glossopharyngeuswurzel (Stillings Solitärbündel), welche in ihrer Bedeutung noch unklar, finden sich häufig bei Tabes. Der Glosspharyngeuskern geht ohne nachweisbare Trennung distalwärts in den Vaguskern über.

Karplus — „Zwei Fälle von Pseudobulbärparalyse" — bestätigt auf Grund seiner Befunde die von *Oppenheim* und *Siemerling* aufgestellte Annahme, dass bei der arteriosclerotischen Pseudobulbärparalyse die Erweichungsherde nicht auf das Grosshirn beschränkt, sondern meistens, wenn auch nur mikroskopisch nachweisbar, in Pons und Oblongata zu finden sind, und somit diese cerebro-bulbäre Affection mit dem Bilde der Glossopharyngolabialparalyse eine häufige Form der apoplectischen Bulbärparalyse bildet.

In dem von *Hori* und *Schlesinger* mitgetheilten Falle von „Polioencephalitis sup. haemorrhagica mit subacutem Verlauf und dem Symptomencomplexe der Pseudobulbärparalyse" handelte es sich um eine entzündlich-hämorrhagische Veränderung, welche im Centralgrau am Boden des III. Ventrikels und des vorderen Theils des Aquaeductus Sylvii sowie auch in einem grossen Abschnitt des Hirnstammes sich fand. Der Fall bildet einen Uebergang von der Polioencephalitis sup. haemorrhagica (*Wernicke*), von der er anatomisch durch die Ausdehnung des Processes abweicht, zu der sog. Pseudobulbärparalyse, der zwar hier die Ausdehnung, nicht aber die Natur der anatomischen Veränderung entspricht. In klinischer Beziehung von beiden Affectionen in mancher Beziehung sich unterscheidend hat der vorliegende Fall mit der ersteren besonders die acute Lähmung einer Reihe von Augenmuskeln, Schwindel, Schlafsucht bei intacter Motilität der Extremitäten, mit der letzteren die multiple Hirnnervenlähmung gemein. Die Verff. bezeichnen die mitgetheilte Krankheitsform als acute hämorrhagisch-entzündliche Pseudobulbärparalyse.

Lorenz theilt einen „Fall von Lipom der Vierhügelgegend" mit, bei welchem ein erbsengrosses Lipom, ausgehend von der Meninx vasculosa, sich in der Gegend des rechten hinteren Vierhügels, diesen zum Theil ersetzend, fand — analog 2 Fällen der Literatur — und ebenso wie die bisher beobachteten Hirnlipome, deren bevorzugter Sitz der Balken ist, gutartiger Natur und nicht von klinischen Symptomen begleitet war.

Hatschek, — „Ueber das Rückenmark des Delphins (Delphinus delphis)" — stellt als charakteristischste Eigenthümlichkeit des Delphinrückenmarks, welches in vielfacher Beziehung von dem der übrigen Mammalia abweicht, die geringe Entwicklung der Hinterhörner und -Stränge, sowie der hinteren Wurzelfasern fest, welche im Einklang steht mit der durch die mangelhafte Entwicklung der Haut und die Verkümmerung der Extremitäten bedingte Reduction des Gefühlssinns. In histologischer Beziehung ist es vor allem das Lendenmark des Delphins, das sich von dem Säugethiertypus durch manche Einzelheiten unterscheidet, von denen nur

die besonders sagittal starke Ausbildung der vorderen Commissur, der eigenartige Abgang bezw. die Einmündung der Wurzelfasern, die starke Entwicklung des Mittelhorns, sowie der auffallende Gegensatz zwischen chromophoben und chromophilen Vorderhornzellen erwähnt werden sollen.

In einer sich an die vorige anschliessenden Abhandlung — „Ueber das Rückenmark des Seehundes (Phoca vitulina) im Vergleich zu dem des Hundes“ — beschreibt derselbe Verf. als die auffallendste Differenz zwischen dem Seehunds- und Hunde-Rückenmark die stärkere Entwicklung und zierlichere Configuration der Hinterhörner bei dem Seehund, sowie die bei diesem relativ stärkere Ausbildung der Hinterstränge. Wenn das Seehunds-Rückenmark auch im Ganzen mannigfache Unterschiede von dem des Hundes aufweist, so scheint es diesem wie überhaupt dem der höheren Säuger doch näher zu stehen als dem des Delphins bezw. der Cetaceen, zu welchem es gerade durch die relativ gute Entwicklung der Hinterstränge einen bemerkenswerthen Gegensatz bildet.

Den Schluss des Heftes bildet eine zweite Arbeit von *Pineles:* „Die Veränderungen im Sacral- und Lendenmark bei Tabes dorsalis nebst Bemerkungen über das dorsomediale Sacralbündel.“ Es handelt sich um einen Fall von Tabes sacralis, bei dem das Degenerationsfeld im Sacral- und unteren Lendenmark das ganze Ausbreitungsgebiet der hinteren Wurzelfasern einnimmt, von mittlerem Lendenmark aufwärts durch die allmählich zunehmende Masse eintretender normaler Hinterwurzelfasern mehr und mehr beschränkt wird, bis es im oberen Halsmark nur ein kleines keilförmiges Gebiet am Septum post. darstellt. Dieser Befund, der die tabische Degeneration genau dem Verlauf der hinteren Wurzelfasern folgend zeigt, bestätigt die sich neuerdings bahnbrechende Auffassung der Tabes als einer Erkrankung der hinteren Wurzeln und zwar mit segmentweisem Auftreten, wofür hier eine nach Ueberspringung des oberen Lenden- und unterstem Brustmark in der Höhe des VIII. Dorsalnerven gesondert auftretende Degeneration spricht. In dem vorliegenden Falle wie in den übrigen 8 zur Untersuchung herangezogenen waren das ventrale Hinterstrangsfeld wie das dorsomediale Sacralbündel (*Obersteiner*) von der tabischen Degeneration frei und in ihrer Ausdehnung unabhängig von der Intensität des Processes geblieben — ein Befund, aus dem hervorgeht, dass diese beiden Gebiete mit den hinteren Wurzeln nicht in Zusammenhang stehen und wahrscheinlich von endogenen, dem Rückenmark selbst entstammenden Fasern gebildet werden. *Scheven.*

Arbeiten aus dem Institut für Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems an der Wiener Universität. — Herausgegeben v. Professor *H. Obersteiner*. V. Heft. 1897.

Schlagenhaufer, Anatomische Beiträge zum Faserverlauf in den Sehnervenbahnen und Beitrag zur tabischen Sehnerven-

atrophie. — Der Forderung *Kölliker's*, dass die Annahme eines ungekreuzten stärkeren Opticusbündels vor allem des anatomischen Nachweises eines solchen bedürfe, sucht Verf. an der Hand des mitgetheilten Falles gerecht zu werden. Es fand sich bei demselben neben totaler Atrophie beider Nervi optici, des Chiasma und des Tractus optic. rechterseits ein isolirt verlaufendes ungekreuztes Opticusbündel von der Atrophie verschont. Dieses aberrirende Bündel nahm seinen Ursprung im lateralen Kniehöcker, verlief an der medialen Seite des Tractus, nach Ueberquerung des Chiasma, bei welcher eine Ueberkreuzung seiner Fasern stattfand, an der lateralen Seite und mehr an der unteren Fläche des rechten Sehnerven und ging kurz vor dem For. optic. in die untere Peripherie des Opticus über. Diesem Befund entspricht ein von *Fuchs* dem Verf. zur Verfügung gestelltes Präparat sowie ein von *Ganser* beschriebener Fall. In allen 3 Fällen ist der Verlauf des aberrirenden Bündels ziemlich übereinstimmend, welches jedenfalls einen Theil des Fasciculus non cruciatus darstellt. Die Verlaufsweise dieses Bündels gestattet eine Modification des üblichen Schemas der Sehnervenkreuzung, durch welche eine Erklärung aller Myopien möglich ist. In Anbetracht der in seinem Falle vorliegenden luetischen Infection sowie des Befundes einer Lichtung in den Goll'schen Strängen führt Verf. die Opticusatrophie auf eine beginnende Tabes zurück und hält — bei dem Fehlen aller anderen anatomischen Grundlagen — für die wahrscheinliche Ursache dieser Atrophie eine Einschnürung des Sehnerven im For. optic. — analog der tabischen Einschnürung der hinteren Rückenmarkwurzel nach *Obersteiner* und *Redlich*.

Rezek, Ein primäres polymorphes Sarkom des Gehirns. — In dem untersuchten Gehirn fand sich rechterseits in der Höhe der vorderen Vierhügel in der Subst. nigra und der Haubenregion, sowie in den Stammganglien, besonders dem Nucl. caudatus, eine ausgedehnte Gliose, welche im Schweifkernkopf herdförmig einen vaskulären Charakter hatte. Im rechten Stirnlappen bestand eine das Gewebe zum Theil substituirende Spindelzellenwucherung mit Neigung zu Schrumpfung und Nekrose. Das Ganze stellt nach Verf. ein von der Glia ausgehendes polymorphes Sarkom dar. Von den klinischen Erscheinungen bot das zweimal beobachtete Auftreten von Zwangsbewegungen — Vorwärtslaufen bis zum Umfallen — das meiste Interesse. Verf. führt die Symptome auf die Veränderungen im Streifenhügel zurück — entsprechend der *Nothnagel*'schen Hypothese des Nodus cursorius, welche er durch eigene Experimente hat bestätigen können. Nach Verf. ist der Schweifkern und wahrscheinlich auch das Putamen der Sitz von Bewegungscentren, welche auf einen Willensimpuls von der Hirnrinde hin verschiedene Bewegungsarten in automatischer Weise ablaufen lassen, bis ein neuer Rindenimpuls dieselben aufhebt. Im vorliegenden Falle war es die abnorme Blutcirculation im vasculär veränderten Nucl. caudatus, welche einen Reiz auf das motorische Subcentrum

der Geh- und Laufbewegungen ausübte und so das Vorwärtslaufen der Kranken herbeiführte.

Pfleger und *Pilcz*, Beiträge zur Lehre von der Mikrocephalie. — Die Verff. geben die genauen Befunde ihrer Untersuchungen von 10 mikrocephalen Gehirnen, deren Gewicht zwischen 417 und 1047 g schwankte. Die Abnormitäten, die im Wesentlichen nichts Neues bieten, lassen sich in 3 Gruppen ordnen: 1. Persistenz embryonaler Formen oder directe Thierähnlichkeit, 2. vollkommene Atypie im Verhalten von Furchen, Windungen oder Commissuren, 3. confluirender Typus der Furchen. Die Verf. theilen auch 2 Fälle von Pseudomikrocephalie mit, bei welchen die Gehirnabnormitäten im Gegensatz zu der eigentlichen Mikrocephalie die directen Folgen pathologischer Processe sind. Die Ursache und Art der der Mikrocephalie zu Grunde liegenden Entwicklungsstörungen des Gehirns bleiben noch unbekannt. Das Zurückbleiben der Schädelentwicklung ist nicht als ursächliches Moment anzusehen, vielmehr als secundäre Erscheinung. Denn die Kleinheit des Cranium, welches übrigens nicht selten eine auffallend grosse Capacität besitzt, bleibt stets zurück hinter der Volumverminderung des Eucephalon, und in der Mehrzahl der Fälle bleiben die Nähte unverknöchert. In Folge dessen sind chirurgische Eingriffe nicht nur aussichtslos, sondern auch an und für sich verwerflich. — Den Schluss der Abhandlung bildet ein vollständiges Verzeichniss der reichhaltigen Literatur.

Dexler, — Zur Histologie der Ganglienzellen des Pferdes in normalem Zustande und nach Arsenikvergiftung — hat die zelligen Elemente des Nervensystems des Pferdes nach der *Nissl*'schen Methode untersucht und giebt eine Beschreibung der Ganglienzellen verschiedener Lokalisation, welche sich beim Pferde in Anbetracht ihrer Grösse zur histologischen Forschung besonders gut eignen. — Bei einem durch Arsen vergifteten Pferde waren nur in den Zellen der lumbalen und sacralen Spinalganglien sowie denen des Rückenmarks Veränderungen nachzuweisen, deren Abweichungen von dem bisher an anderen Thieren gemachten Erfahrungen wohl in der grossen Widerstandsfähigkeit des Pferdes gegen Arsen begründet ist.

In einer zweiten Arbeit — Ueber den Faserverlauf im Chiasma des Pferdes und über den binoculären Sehact dieses Thieres — sucht derselbe Verf. die Wahrnehmungen bei directer Beobachtung des Pferdes, welche entschieden für einen binoculären Sehact derselben sprechen, durch die Befunde seiner experimentellen Untersuchungen zu bestätigen. Nach einigen Bulbusenucleationen, die an zwei Pferden vorgenommen wurden, konnte Verf. neben der Degeneration des N. opticus im gegenüberliegenden Tractus ein starkes degenerirtes „gekreuztes" Bündel sowie im gleichseitigen Tractus degenerirte „nicht gekreuzte" Fasern

constatiren. Dieser Nachweis einer Partialkreuzung der Opticusfasern gestattet den Schluss auf einen binoculären Sehact beim Pferde, entsprechend dem jetzt fast allgemein anerkannten Satze *Gudden*'s, dass bei Menschen und Thieren, bei denen die Gesichtsfelder zusammenfallen, nur eine theilweise Kreuzung der Sehnerven besteht.

Zappert — Ueber Wurzeldegenerationen im Rückenmark und der Medulla oblongata des Kindes — hat die Rückenmarke von 61 Kindern ohne jede Auswahl nach der Marchi-Methode untersucht und an 46 derselben Veränderungen nachweisen können. Schwarze Schollen fanden sich in dem intramedullären Antheil der vorderen Wurzeln des Cervical- und Lumbalmarkes, im Bereich der Verbindungsfasern zwischen Clarke'schen Säulen und Kleinhirnseitenstrangbahnen und im intramedullären Verlauf des N. accessorius. In 4 dieser Fälle waren in der Oblongata dieselben Veränderungen an den motorischen Hirnnerven — besonders dem Abducens, Trochlearis, Oculomotorius und dem motorischen Quintus zu constatiren. Die Veränderungen haben nach Verf. die Bedeutung von Degenerationen — vor allem in Rücksicht auf den für die Marchi-Methode charakteristischen schollig unregelmässigen Bau der Gebilde und der Incongruenz zwischen dem Vorhandensein der Veränderungen und dem Alter des Kindes. In Hinsicht auf die Lokalisation der Degeneration und der Art der sie bedingenden Noxe bedürfen diese Befunde, welche jedenfalls ein Ausdruck der grossen Vulnerabilität des kindlichen Nervensystems sind, noch der weiteren Forschung.

Obersteiner — die Innervation der Hirngefässe — beschreibt ein in seiner Sammlung befindliches Präparat, welches an einer kleinen Pia-Arterie ein feinverzweigtes Nervenfasernetz durch Goldchloridbehandlung in sehr schöner Weise imprägnirt zeigt. Durch diesen Befund erscheint die Annahme einer activen Contraction bezw. Dilation der feineren intracraniellen Arterien als erwiesen, für welche auch die gut ausgebildete Muscularis dieser Gefässe spricht. Verf. führt die von ihm bei Paralytikern häufig constatirte Ungleichmässigkeit des Kalibers kleiner Hirnarterien auf eine unregelmässige Innervation der Gefässwandung zurück.

Scheven.

Gudden, Hans, Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntniss der multiplen Alkohol-Neuritis nebst Bemerkungen über die Regenerationsvorgänge im peripheren Nervensystem. — Archiv für Psychiatrie Bd. XXVIII, Heft 3, pag. 643 ff.

Verf. kommt an der Hand der früheren Beobachter und 5 eigener Untersuchungen zu folgenden Resultaten:

1. Bei der mit Geistesstörung verbundenen Alkohol-Neuritis treten häufig mehr oder weniger ausgedehnte encephalitische Processe im Be-

reiche des Hirnstammes, insbesondere in der Umgebung des III. Ventrikels auf.

2. Die Atrophie der Corpora mammillaria scheint dabei ein nicht seltener Befund zu sein.

3. Die Degenerationsprocesse im peripheren Nervensysteme setzen in der Regel in der Peripherie ein.

4. Die segmentäre Form der Neuritis stellt sich dar als ein Restitutions-Vorgang, der allerdings frühzeitig gehemmt und wieder der Zerstörung anheimfallen kann.

5. Bei der Alkohol-Neuritis, sowie bei anderen Erkrankungen des Nervensystems finden sich nicht selten eigenartige, durch häufige Theilung ausgezeichnete breite blasse Fasern, deren Myelinsubstanz vielleicht in chemischer Umwandlung begriffen ist — ob physiologischer, pathologischer oder regenerativer Process?

v. Bechterew, **Ueber syphilitische disseminirte cerebrospinale Sklerose nebst Bemerkungen über die secundäre Degeneration der Fasern des vorderen Kleinhirnschenkels, des centralen Haubenbündels und der Schleifenschicht. — Archiv für Psychiatrie Bd. XXVIII, Heft 3, pag. 742 ff.**

Da der vorliegende Gegenstand in das Gebiet des Referenten über Syphilis gehört, so sei hier nur erwähnt, dass in dem vorerwähnten Falle sich fand:

1. Eine absteigende Degeneration eines kleinen Bündels des oberen oder vorderen Kleinhirnschenkels, welche sich von einem in der Grube unter dem hinteren Zweihügel befindlichen Herde in der Richtung des Kleinhirns hinzog.

2. Eine ebenfalls absteigende Degeneration eines grossen Bündels der centralen Haubenachse (*v. Bechterew*), welche nach unten bis zu der entsprechenden unteren Olive sich verfolgen liess. Nach *B.* kann es jetzt als unzweifelhaft gelten, dass das centrale Haubenbündel in pathologischen, zur Unterbrechung seiner Fasern führenden Fällen in absteigender Richtung degenerirt, folglich ein centrifugal verlaufendes Faserbündel repräsentirt.

3. Eine Degeneration der linken Schleifenschicht, welche von einem sklerotischen Herde nach oben bis in den Sehhügel und nach unten bis in die Kerne der atrophischen Hinterstränge hineinragte.

Cramer, A., **Pathologisch - anatomischer Befund in einem acuten Falle der Paranoiagruppe. — Archiv für Psychiatrie Bd. XXIX, Heft 1, pag. 1 ff.**

In einem innerhalb 7 Tagen mit dem Tode endigenden Falle von Geistesstörung, welche Verf. nach ihren Symptomen der Paranoiagruppe

zuweist, fand sich das Schädeldach mit der Dura verwachsen, starke venöse Hyperämie der Pia, Abplattung der Hirnwindungen auf der Höhe, starke Röthe und punktförmige Injection der Hirnrinde. In der Rinde zahlreiche frische Blutaustritte, letztere noch häufiger in der Markleiste. Daneben zahlreiche Gefässe, namentlich Venen und Capillaren mit frischem Pigment in der Gefässscheide und bei zahlreichen Gefässen (Venen und Capillaren) in der adventitiellen Scheide reihenweise aufgestellte Leukocyten; dagegen keine Leukocytenansammlungen im Gewebe. In keiner einzigen Ganglienzelle liessen sich nach *Nissl* deutliche Granula auffinden.

Roncoroni, Luigi, Die Histologie der Stirnlappenrinde bei Verbrechern und Epileptikern. Aus der psychiatrischen Klinik des Professors *Lombroso* in Turin. — Wiener klinische Rundschau 1897, No. 6, 7 u. 8.

Nach einer eingehenden Mittheilung der Literatur und der von den verschiedenen Untersuchern gefundenen Veränderungen theilt Verf. seine eigenen Untersuchungsresultate an den Gehirnen von 24 Epileptikern, 11 schweren und 8 Gelegenheits-Verbrechern mit.

Bei den 24 Epileptikern zeigte sich die histologische Structur in 19 Fällen verändert. Die wichtigsten Veränderungen waren:

1. Die tiefe Körnerschichte fehlte in 7 Fällen ganz und war in 12 Fällen schwach ausgesprochen (Verf. versteht unter tiefer Körnerschichte seine 5. Hirnrindenschichte, unter der noch seine 6. Schichte — der polymorphen Zellen — liegt; die Körner der tiefen Körnerschichte sind nichts Anderes als gewöhnliche Nervenzellen, die jedoch sehr klein, sehr zahlreich gehäuft und sehr reichlich mit Gefässen durchsetzt sind). Die oberflächliche Körnerschichte (Verf.'s 2. Schichte) war sehr schwach. In den Fällen, in denen die tiefe Körnerschichte sehr schwach war, waren die Nervenzellen oft sehr spärlich und zum Theil nur durch Neuroglia ersetzt.

2. Der Typus der Zellen war vom Normalen verschieden; es herrschten die grossen Pyramidenzellen oder die polymorphen Zellen vor, während im normalen Gehirn die kleinen dreieckigen oder sternförmigen vorherrschen. Auch war der Uebergang der kleinen Zellen der oberen Körnerschichte zu den grossen Zellen in der kleinen Pyramidenzellenschichte weniger regelmässig, indem sie vielfach schroff zu den grossen Pyramidenzellen überging. Die gigantischen Pyramidenzellen waren viel reichlicher als in der Norm. Der Hauptstamm der Fortsätze der Pyramidenzellen war oft schlecht gerichtet, nämlich nicht vertical zur Molecularschichte, sondern horizontal.

3. In der weissen Substanz fanden sich viel häufiger Nervenzellen, als solches im normalen Gehirn der Fall ist.

Von den 11 schweren Verbrechern zeigten 4 die vorstehend unter 1 und 2 angeführten Anomalien sehr ausgesprochen, weniger constant die

dritte. Bei 3 war die tiefe Körnerschichte zwar vorhanden, aber sehr schwach ausgesprochen. Von 8 Gelegenheitsverbrechern zeigten nur 3 eine subnormale Entwicklung der tiefen Körnerschichte.

Wallenberg, Adolf, Linksseitige Gesichts-, Zungen-, Schlund-, Kehlkopf-(?)Lähmung in Folge eines Erweichungsherdes im rechten Centrum semiovale. — Neurolog. Centralblatt 1896, pag. 199 ff.

In einem Falle, welcher intra vitam die Symptome einer halbseitigen Bulbärnerven-Affection mit Betheiligung der Stimmbandzweige bot und dadurch einen diagnostischen Irrthum veranlasste, fand sich nach dem Tode ein Erweichungsherd im Marklager des rechten Frontallappens, dessen Entstehung wahrscheinlich auf eine Thrombose im Bereiche des ersten Astes der Arteria fossae Sylvii zurückzuführen war. Der Herd besass etwa die Gestalt eines horizontal liegenden Molarzahnes, dessen Krone frontal vom Putamen bis zur Vorderwand des Seitenventrikels reichte, während von seinen Wurzeln die eine dorsal von der oberen Kante des Linsenkernes caudalwärts zog, die andere lateral vom Balken, in gleicher Höhe von diesem, nach hinten sich erstreckte. Es hatten durch den Herd folgende Faserzüge der rechten Hemisphäre eine Unterbrechung erlitten: Nahezu alle Projectionsfasern der dritten Stirnwindung, der ventralen Hälfte des Gyrus frontalis medius, der Uebergangswindung, wenige Elemente aus den ventralen Theilen der Centralwindungen, weit mehr aus den Orbital-Gyri, besonders dem lateralen, daneben die sagittalen Associationsbündel des Stirnhirns, Balkenfasern, Elemente der äusseren Kapsel. Eine secundäre Degeneration war nicht nachzuweisen.

Sander, M., Ein Fall von Athethose mit Sectionsbefund. — Neurolog. Centralblatt No. 7, pag. 301.

Bei einem Paralytiker, bei dem nach einer Reihe paralytischer Anfälle sich rechtsseitige Athethose (mit anfangs spontanen Zuckungen, später unablässigem rythmischem langsamen Spreizen der Finger an der rechten Hand) einstellte, fand sich ausser der gewöhnlichen Veränderung der Rinde eine Verkleinerung und höckerige Schrumpfung des linken Thalamus opticus und eine Degeneration der Pyramiden-Seitenstrangbahnen und zwar rechts stärker als links.

Worotynski, B. J., Ein Fall von Angiosarcom des Pons Varolii. — Neurologischer Wjestnic. B. IV, H. 2.

Am 28. October wurde im Kasanschen Krankenhause der Semstwo M. S. der 15jährige Schüler des Lehrerseminars aufgenommen. Derselbe klagte, dass er vor zwei Monaten unerwartet einen Schwindelanfall gehabt,

welcher sich nach einigen Tagen in der Klasse wiederholt habe. Beide Anfälle dauerten nur einige Minuten, das Bewusstsein war nicht getrübt. Bald darauf bemerkte er eine Schwäche in der rechten Hand und Abmagern derselben, weiter ebensolche Schwäche in der rechten unteren Extremität ohne Abmagerung, fast zu derselben Zeit bemerkte er, dass die Sprache undeutlicher wurde, und Doppeltsehen, wenn er mit beiden Augen sah.

Die Anamnese gab keine Anhaltspunkte für die Diagnose, am 30. October wurde constatirt, der Gang ist schwankend, zugleich Schwindel, das Gehen zeigt ataktische Erscheinung, Sprache leise, undeutlich. Pupillen nichts Besonderes, erschwerte Bewegung des linken Auges nach aussen, sonst normal, unbedeutender Nystagmus beider Augen, besonders bei Seitenbewegungen und nach oben, Zunge nach links abweichend. Links leichte Parese des N. facialis, besonders dessen untere Zweige. Linke Hand geschwächte Muskelkraft, Atrophie der Schultermuskeln und des Vorderarms. Kniereflexe stark erhöht, besonders rechts. Empfinduug normal. Doppeltsehen bei der Augenrichtung nach vorwärts und nach links. Elektrische Untersuchung ergiebt nichts Auffallendes. Die Schwindelanfälle werden stärker, selbst in liegender Stellung. 26. November: Uebelkeit, doch kein Erbrechen, associirte Augenbewegung nach links von der Mittellinie unmöglich, nach rechts erschwert und begrenzt, Bewegung der Augen nach oben und unten ganz normal, links bedeutender Strabismus convergens. Nystagmus, links Paralyse des N. facialis stärker hervortretend. Zunge starkes fibrilläres Zucken, gerade heraus kann er sie nicht strecken. Schlucken erschwert. Sprache lispelnd. In der Hand und dem Fusse ist die Muskelschwäche noch bedeutender, er kann selbst weder gehen noch stehen.

27. November: Im Laufe des Tages hat er dreimal gebrochen, Uebelkeit fortwährend, Puls 140, Athembewegung 52 in einer Minute, starkes Schwindelgefühl selbst liegend, rechtes oberes Lid schliesst nur schwer und matt. Augengrund normal.

4. December: Puls 80—150 in der Minute.

12. December: Starke Aphonie, Atrophie des M. temporalis sin. und M. masseter sin. Linkes Auge hervorstehend nach links von der Mittellinie gewendet, alle übrigen Erscheinungen stärker ausgesprochen.

19. December: Seitenbewegung der Augen unmöglich, nach oben und unten normal.

21. December: Linkes Auge thränt, spastische Erscheinungen in der rechten Gesichtshälfte, vollständige Aphonie, Schlucken unmöglich, Bewusstsein klar. Am 23. December Tod in Folge von Herz- und Athemparalyse. Diagnose: Tumor des Pons Varolii, in der Mitte der linken Hälfte, sich auch auf die Medulla oblongata ausdehnend, Sarcom.

Section und mikroskopische Untersuchung bestätigten die Diagnose.

Dieser Fall hat grosse Aehnlichkeit mit dem von *Jolly* im Archiv für Psychiatrie Bd. XXVI, Abth. 3 beschriebenen.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte vollständige Zerstörung der Nervenkerne des linken N. abducens, rechts weniger stark; unsere Beobachtung ist also übereinstimmend mit der Anschauung, dass das Centrum der associirten Augenbewegungen zur Seite in den Kernen des N. abducens zu suchen sei, in diesem Falle waren die Corp. quadrigemina und die Kerne der Augenmuskelnerven vollkommen intact. In diesem Falle bestand aber eine Combination von Lähmung der Kerne des N. abducens und facialis, da der Tumor von der Grösse einer Haselnuss nach links hin diese Nervenkerne in Mitleidenschaft gezogen hatte. Die progressive Entwicklung der Bulbärerscheinungen und der lethale Ausgang erklären sich durch den bösartigen Charakter der Geschwulst, welche im Pons Varolii beginnend, sich langsam in der Richtung der Medulla oblongata ausbreitete und die hier gelegenen Nervenelemente vernichtete. Die Sprachstörung des Kranken hatte den Charakter der Dysarthrie in Folge von Paralyse der Hypoglossi und theilweise des Facialis. Die Schlingbewegungen, Aphonie Herzstörung und Athem erklären sich durch die Zerstörung der Vagus- und Trigeminuskerne. Die Ataxie war wahrscheinlich bulbären Ursprungs. Krämpfe wurden gar nicht beobachtet. Gehör und Geschmack waren nicht verändert, ebenso zeigte der Augengrund gar keine Veränderung. In diesem Falle war eins der constantesten Symptome heftiger Kopfschmerz und die Schwindelerscheinungen, Uebelkeit beunruhigte den Kranken nur verhältnissmässig wenig, und Erbrechen wurde nur einmal beobachtet. Die Atrophie der linken Handmuskeln, welche zugleich mit der Erscheinung der Paralyse der Augen- und Gesichtsmuskeln ohne jede Schmerzempfindung auftrat, ist sehr schwer zu erklären und steht aber auch ganz vereinzelt da. Hinzufügen will ich noch, dass in der Geschwulst die Gefässgewebe die sarcomatösen Elemente bedeutend überwogen, und dass das Sarcom zu der Gruppe des Sarcoma magnicellulare gehörte.

A. v. Rothe.

Risien, J. S., Defective development of the cerebellum in a puppy. — Russel. Brain, Winter 1895.

Es handelt sich um einen jungen Hund; sämmtliche Hunde desselben Wurfes zeigten, obwohl von gesunden Eltern, dieselben Affectionen; nur dieser eine Hund aber kam in den Besitz *Horsley's*, der ihn dem Autor zur Untersuchung überwies. Die Bewegungen des Hundes waren so hochgradig uncoordinirt, dass er beim Versuche zu gehen sofort hinfiel; es wurde Kleinhirn-Erkrankung diagnosticirt. Es fand sich, dass eine ganz symmetrische Verkleinerung des Kleinhirns auf etwa $^3/_4$ des normalen Hundekleinhirns bestand; bei mikroskopischer Untersuchung zeigte sich, dass die Erkrankung die Rinde betraf: Stratum moleculare und granulosum waren ganz unregelmässig, erheblich verdünnt und verdickt, und zwar kam beides dicht neben einander ohne alle Uebergänge vor. Die *Purkinje*'schen

Zellen fehlten an vielen Stellen und waren auch in der Form verändert. Der gezähnte Kern liess in seinen Zellen keine Abweichung erkennen, die Kleinhirnschenkel waren in demselben Verhältnisse, wie das Kleinhirn, zu klein, die unteren Oliven durchaus ohne Abweichung, ebenso die Corpp. restif., das Rückenmark, der rothe Kern, der Thalamus opticus, Grosshirnrinde, Labyrinth und Hörner. — Der Fall beweist, dass die cerebellare Ataxie von einer Erkrankung der Rinde abhängig sein kann; ferner zeigt er, dass eine Erkrankung der Kleinhirnrinde ohne eine solche des gezähn-Kerns keine Atrophie der gekreuzten Olive nach sich zieht.

Lewald.

Langdon, Multiple tumours of the brain; fibrocystoma of pons and cerebellum and multiple fibro-psammomata of dura, pia-arachnoid and cortex cerebri. — Brain, Winter 1895.

Eine 32 Jahre alte Patientin litt an heftigen Kopfschmerzen, Hemiparese links, Hyperästhesie der rechten Seite der Kopfhaut, Abducenslähmung, Stauungspapille, beiderseitiger Taubheit, Erbrechen mit Nausea. Es fand sich ein Tumor, der die rechte Seite des Pons in seiner unteren Hälfte einnahm, hier den Trigeminus, Abducens, Facialis und Acusticus sehr erheblich, den Glossopharyngeus, Vagus und Accessorius weniger geschädigt und den Hypoglossus freigelassen hatte. Der ganze Pons war nach rechts verschoben, das Kleinhirn in der Region des Tumors erheblich erweicht. Der übrige anatomische Befund ist in der Ueberschrift enthalten.

Lewald.

Ransom, On tumours of the corpus callosum, with an account of a case. — Brain, Winter 1895.

Eine 24 Jahre alte, kinderlos verheirathete Frau — ohne wesentlichen Alkoholmissbrauch und ohne Syphilis — kam wegen epileptischer Anfälle in *Ransom*'s Behandlung; die Krämpfe betrafen stets nur die linke Seite und traten oft in bestimmter Reihenfolge auf, so zwar, dass Arm, Bein und Gesicht hinter einander betroffen wurden. Sie bestanden seit zwei Jahren, die schon früher vorhandenen Kopfschmerzen nahmen seither an Intensität zu, ebenso wie die leichte psychische Erregbarkeit der Patientin. Erbrechen selten. Puls 120, klein, es besteht Neuritis optica. Sehnenreflexe ungestört. Unter Brombehandlung blieben die Anfälle schliesslich ganz aus; nach ihrer Entlassung starb sie zwei Monate später plötzlich: zwischen den Hemisphären befand sich ein Tumor von der Grösse einer Apfelsine; er war von der Mitte des Balkens ausgegangen und von da in beide Seitenventrikel hinein gewachsen; histologisch erwies er sich als Rundzellen-Sarcom. Im Uebrigen zeigte das Gehirn keine Abweichungen. — Es folgt nun eine Zusammenstellung der in der Literatur bekannten Fälle

von Balkentumor und eine Zusammenstellung derjenigen Symptome, bei denen Balkentumor wahrscheinlich ist.

Diese Diagnose darf gestellt werden, wenn folgende Symptome vorhanden sind:

1. Fortschreitende, langsam aber deutlich zunehmende geistige Veränderungen, die in acuteren Fällen die Form eines zunehmenden Stupors, in den chronischen die einer Psychose mit Sinnestäuschungen und Reizbarkeit mit stärkeren Erregungen zeigen.
2. Mässige Entwicklung der Tumor-Symptome (Kopfschmerzen, Stauungspapillen, Brechen).
3. Hemiparese mit Rigidität, mit oder ohne leichte Hemianästhesie und mit oder ohne Krampfanfälle. Sind auch die Extremitäten der anderen Seite leicht afficirt, so gewinnt die Diagnose an Wahrscheinlichkeit.
4. Oder Krämpfe ohne Parese, auf beiden Seiten, aber auf einer stärker.
5. Keine Störung der Hirnnerven.
6. Geringe oder keine Aenderung der Sehnenreflexe.

R. fügt hinzu, dass diese Symptomengruppe auch durch andere Hirnläsionen hervorgerufen werden kann und nur einigermaassen sicher für Balkenaffection spricht, wenn die Parese oder die Spasmen beide Seiten in einer grossen Ausdehnung befallen, ohne dass sonst Zeichen multipler Läsionen vorhanden sind. Uebrigens scheint dem Ref. nach alledem, dass *Bruns* vollkommen Recht hat, wenn er (Artikel „Tumoren des Gehirn“ in der Real-Encyclopädie III. Aufl.) die Möglichkeit, einen Balkentumor mit einiger Sicherheit zu diagnosticiren, für eine recht seltene hält.

Lewald.

Turner and *Mackintosh*, Three cases of new growth with cavity formation in the spinal cord. — Summer Autumn Brain 1896.

Ausführliche Krankengeschichte und histologische Untersuchungen dreier Fälle, welche im Allgemeinen das Bild der Syringomyelie boten und in denen die Arme atrophisch, die Beine spastisch gelähmt waren. Ausserdem fanden sich Störungen des Temperatur-, Schmerz- und Tastsinnes. In sämmtlichen Fällen handelt es sich um Tumoren und in sämmtlichen Fällen war der Uebergang von der Geschwulstmasse zur Gliose mit Höhlenbildung ein unmerklicher. Die Höhlen, die mit dem Centralkanal niemals in Verbindung standen, waren durch Blutung, Verfettung oder einfache Nekrose der Geschwulst entstanden. Die theoretischen Erwägungen, die Verf. über das Zustandekommen der Sensibilitätsstörungen anstellt, müssen im Original nachgelesen werden. *Lewald.*

6. Specielle Pathologie und Therapie. Ref.: Pelman-Bonn.

Ferrari, **The polyneuritic psychosis. — The Alienist and Neurologist. St. Louis. January.**

F. beginnt mit einer ausführlichen Zusammenstellung der Literatur und entwirft dann ein Bild der in Rede stehenden Krankheit nach Aetiologie, Symptomen, Diagnose, Verlauf etc. Als Hauptmoment im psychischen Bilde bezeichnet er natürlich die auffallende Art von Amnesie, die bei Polyneuritis besteht. Auf diese geht er dann näher ein. Es fehlt bei diesen Kranken nach *Ferrari* ein Glied in der psychologischen Kette, die psychologische Assimilation der Ideen (*Janet*). Diese ist bedingt durch eine Insufficienz der Aufmerksamkeit. Neue Eindrücke werden nicht mehr aufgenommen, nehmen nicht mehr theil an der Persönlichkeit, rufen keine Erinnerung mehr wach. Es besteht eine Dissociation zwischen Perception und Apperception. Apperception ist wiederum nicht möglich ohne eine gewisse Menge von Aufmerksamkeit, welche wiederum eine Manifestation des Willens ist. Letzterer lässt bei den an Polyneuritis Erkrankten zu wünschen übrig. *Ferrari* erinnert zum Schluss an *Kräpelin*'s Ausspruch, dass die Nervengifte hauptsächlich auf den Willen einen üblen Einfluss ausüben.

Angiolella, Contributo allo studio delle Neuriti ascendenti. — Manicom. XII, 2—3.

Die Untersuchung betrifft einen Fall von Tremor artuum partiale bei einer 49 Jahre alten melancholischen Bäuerin, die nach verschiedenen Selbstmordversuchen am 21. Juli 1896 in Anstaltsbehandlung kam. Die Grossmutter väterlicherseits war irre. Patientin selbst hatte 10 Mal geboren, schon früher heftige Blutungen gehabt, ist anämisch. Vor 5 Jahren von einem Baume gefallen, hatte sie die rechte Schulter vermuthlich gebrochen: seitdem ist ihr Arm schwächer. Seit 6—7 Monaten zittert die rechte Hand; seit April datiren die psychischen Erscheinungen. Körpergewicht 62. Statur 1,59. Kopf klein. Ind. ceph. 84,30. Gesicht, Ohren asymmetrisch. In der rechten Schläfengegend eine grosse haarlose Stelle. Struma vasculosa des rechten Schilddrüsenlappens. Exostose am rechten Schulterblatt, 8 cm unter Spina scapulae. Tastempfindung am rechten Vorderarm geringer (4 cm) als am linken (2 cm). Parese der rechten Oberextremität, besonders des Unterarmes und der leicht contrahirten Hand. Gang: mit rechtem Beine leicht schleppend. Beständiges, nicht Intentions-Zittern des rechten Armes, namentlich der Hand. Zittern stossweise, grosswellig; am Thenar und Hypothenar zugleich fibrilläre Zuckungen. Kein Zittern am übrigen Körper (nur ein weniges

im rechten Beine, wenn Patientin auf dem Rücken liegt und den Oberschenkel anzieht). Faradische Reizbarkeit der rechten Hand verringert; Contractionen bei Anodenschluss stärker als bei Kathodenschluss (partielle Degenerationsreaction). Patellarreflex verstärkt rechterseits, auch der Fussclonus und die Hautreflexe am Arm. Pupillenreaction normal. Kräftezustand schwach. Patientin liegt fast den ganzen Tag.

Verf. nimmt an, dass durch das Trauma vor 7 Jahren eine schmerzlose, nicht entzündliche Neuritis des rechten Plex. brachialis entstanden, aber nicht alle Fasern von der Degeneration und Muskelatrophie betroffen worden seien. Damit lassen sich die übrigen Symptome, aber nicht das Zittern erklären. Die Atrophie des Armes ist nicht stark genug, um ihr das grosswellige Zittern zuzumessen, dasselbe, sowie die verstärkten Reflexe und der leichte Tremor des rechten Beines beruhen auf der von der peripherischen Wundstelle aus nach oben zum Centrum sich fortpflanzenden Degeneration der Nervenzellen. *Fraenkel.*

Pianetta, C., Vice-Direttore del Manicom. Provinc. di Brescia, Sulla varietá paralitiforme della mania. — Il Manicomio XII, No. 2—3.

Verf. theilt ihrer Seltenheit wegen 2 Fälle mit, in denen der exorbitante Grössenwahn neben Ungleichheit der Pupillen und Silbenstolpern zur Diagnose von Paralysis progressiva hätte verführen können, deren glücklicher Verlauf ihn aber bestimmt, sie als paralytiforme Varietät der Manie zu bezeichnen.

Fall 1. G. S., ein hochbegabter Bildhauer, von edlem, etwas extravagantem Charakter, trat 32 Jahre alt im August 1895 unter Erscheinungen hochgradiger Erregung und Aeusserungen maasslosen Selbstgefühls in die Anstalt. Er warf mit Millionen um sich, wollte Monumente errichten, hielt sich für einen vorzüglichen Sänger, pries seine Körperkraft, er könne 10 Löwen zerreissen, alle Velocipedisten besiegen, hielt schlüpfrige Reden bezüglich seiner sexuellen Kraft u. s. w.

Patient nicht erblich belastet, von robustem Körperbau, hatte vor Jahren in Baccho et Venere gesündigt und schon im Jahre 1894 an einem leichteren, bald vorübergehenden manischen Anfall gelitten. — Sinnestäuschungen wurden nicht beobachtet, das Gedächtniss blieb ungetrübt. Ungleichheit der Pupillen wurde eine längere Zeit, Erschwerung der Sprache nur wenige Tage bemerkt.

Die Grössenvorstellungen erhielten sich drei Wochen lang; dann wurde Patient ruhiger und geordnet; am 28. September nach Hause entlassen, wo die Besserung bis zu vollständiger Genesung fortschritt, so dass er seine gewohnte Beschäftigung wieder aufnehmen konnte.

Fall 2. B. M., 55 Jahre alt, Lehrer und Gemeindeschreiber, aufgenommen 9. Mai 1894. Keine Familienanlage. Gut entwickelte Intelligenz.

Eifriges Bestreben, sich durch wissenschaftliche Studien weiter zu bilden. Veränderung des Charakters, Neigung zum Trunke, hochmüthige Behandlung seiner Mitbürger. 1892 deutliche Zeichen von Geistesstörung. Grössenvorstellung. Aufnahme in eine Heilanstalt; nach $2^1/_2$ Monaten geheilt entlassen. Rückfall Ende April 1894. Hochgradige Erregung, unaufhörliches Sprechen. Grössenwahnvorstellungen.

Er sei übernatürlich begabt, Erfinder, Verfasser grosser Werke, Wohlthäter der Menschheit, aus altadligem Geschlechte ohne Leidenschaften und Laster, sein Wappen der aufsteigende Löwe von Brescia, Besitzer von Millionen und Ländereien, siegreicher Kämpfer in Schlachten, von unübertrefflicher sexueller Potenz. Die expansiven Gefühle werden nur selten von Depression unterbrochen. Das dauert bis zum September, wo er, ruhiger geworden, entlassen wird und zu Hause mehr und mehr sich bessert. Noch nach 2 Jahren ist Patient an Geist und Körper vollkommen gesund. Auch bei ihm war die rechte Pupille eine Zeit lang weiter als die linke.

In der Epikrise weist Verf. darauf hin, dass *Baillarger* ähnliche für die Prognose wichtige Fälle anführt, in denen Symptome von Demenz sich noch nicht gezeigt haben, wo vielmehr ein günstiger Ausgang nicht ausgeschlossen ist, als Mania congestiva, besser aber, nach Verfassers Ansicht, als Mania paralytiformis bezeichnet werden sollten, wohin insbesondere die Anfälle nach alkoholischen Excessen gehören. *Fraenkel.*

Regis, E., Ein Fall von Querulantenwahn. — Annales médico-psycholog. September, October.

Der Fall, den Verf. in Form eines Gutachtens anführt, bietet wenig Neues und gleicht ganz denen, wie sie vielfach in der Literatur beschrieben sind. Erwähnt sei nur, dass Verf. die Bezeichnung „Paranoia Quaerulens" nicht für geeignet hält, sondern sie besser und treffender als „Délire raisonnant de dépossession" bezeichnet wissen will. *Behr.*

Ballet, Gilbert, und ***Roubinowitsch***, Querulantenwahn. — Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale. November.

Verf. bespricht zunächst den Unterschied zwischen den Querulanten, die er zu der weiteren Gruppe der Persécutés persécuteurs rechnet, und den Paranoikern mit Verfolgungsideen. Bei letzteren sind stets Gehörshallucinationen vorhanden, die bei den Querulanten fehlen oder nur eine untergeordnete Rolle spielen, dagegen überwiegen bei ihnen die physischen und psychischen Degenerationszeichen, schliesslich muss auch das Alter berücksichtigt werden, da die Querulanten von frühester Jugend an ein abnormes Wesen zeigen, bei den Paranoikern die krankhaften Erscheinungen erst mit dem 25.—30. Jahre hervortreten. Verf. geht darauf näher auf die Symptomatologie und Entwicklung des Querulantenwahn-

sinns ein, führt einen von ihm beobachteten Fall an und kommt zu dem Schluss, dass die Querulanten zu den Schwachsinnigen zu rechnen sind, deren angeborene Urtheils- und Charakterschwäche in späteren Jahren nur eine Steigerung erfährt. Hierfür spricht die Aetiologie (Heredität, Kopftrauma u. s. w.) und ferner die stets vorhandenen psychischen und physischen Degenerationszeichen der Querulanten. Mit Rücksicht auf das System der Wahnideen hält er daher den Querulantenwahn für eine Form der Paranoia auf originärer Grundlage. *Behr.*

Canger, K., und *Angiolella, G.*, Paranoische Wahnideen bei moralischem Irresein. — Il Manicomio. 1895. No. 2—3.

Bei einem mit zahlreichen Degenerationszeichen behafteten Schwachsinnigen beobachteten *C.* und *A.* die Entstehung einer Paranoia, welche dem Kranken, dessen Moral nur eine sehr niedrige Entwicklungsstufe erreicht hatte, mit den Gesetzen in Conflict brachte. Sie sahen in diesem Fall eine Bestätigung der von *del Greco* ausgesprochenen Ansicht, dass moralisches Irresein besonders zu Verfolgungsideen prädisponirt, welche zu impulsiven und von Mangel jeglichen moralischen Gefühls zeugenden verbrecherischen Handlungen führt. *Richard Snell*-Hildesheim.

Soukhanoff, Beitrag zur Paranoia inventoria. — Annales médico-psycholog. September, October.

Verf. schildert ausführlich einen charakteristischen Fall von Erfinderwahn und kommt auf Grund dieser und ähnlicher anderer Beobachtungen zu dem Schluss, dass die Paranoia inventoria zu den auf angeborenem Schwachsinn beruhenden Krankheitsbildern zu rechnen ist, die man als Folie raisonnante zu bezeichnen pflegt. *Behr.*

Popow, N. M., Die acute Verrücktheit, Verwirrtheit. — Vortrag, gehalten in der Sitzung der Jahresversammlung der Gesellschaft für Neuropathologie und Psychiatrie in Kasan (28. Januar 1896). Beilage zu dem „Neurologischen Berichterstatter“ (Wjestnik). Bd. IV, H. 2.

Verf. betont, wie die neuen Methoden der Untersuchung und Forschung auf die Veränderungen der Anschauung über das normale und krankhafte Seelenleben eingewirkt, und so Manches, was bisher als unumstössliche Wahrheit betrachtet wurde, stark erschüttert, ja sogar völlig aufgegeben wurde und neue Weltanschauungen an dessen Stelle traten, ja dass die heutigen Begriffe über das Irresein und dessen Zusammenhang mit dem Leibe, Körper, uns erst die somatischen Symptome des klinischen Bildes des Irreseins und dessen innerstes Wesen zu einem mehr klaren Verständniss gebracht haben. Nirgends aber tritt dies so deutlich hervor

als in der Lehre von der acuten Verrücktheit, Verwirrtheit, der Amentia *Meynert*'s.

Was unter dieser Benennung verstanden wird, ist etwas sehr Verschiedenes und Mannigfaltiges sowohl in Bezug auf Aetiologie, Symptomatologie wie auch auf Verlauf und Ausgang der Krankheit, trotz der stark hervortretenden Aehnlichkeit der Allgemeinerscheinungen wie sichtbaren Veränderung des Organismus in toto, der Ernährung, des Kreislaufs und der Störungen des Nervensystems und der psychischen Erscheinungen, welch letztere ja, wie allgemein bekannt, ausserordentlich verschiedenartig sind und zur Aufstellung mehrerer Unterarten Veranlassung gaben. Das Gemeinsame in allen Fällen bleibt jedoch die eigenthümliche Verwirrtheit, welche einen sehr verschiedenartigen Grad erreichen kann, und die primäre Schwäche der Associationsthätigkeit, als Symptom der Gehirnerschöpfung, hervorgerufen durch unzureichende Ernährung. Hand in Hand hiermit gehen die Veränderungen des physischen Lebens, welche in keinem Falle fehlen, wie z. B. die Temperaturschwankungen, Ernährungsstörungen, kleiner schwacher Puls, Auftreten von Eiweiss, Zucker, Phosphaten im Harn, verminderte Schweissabsonderung, allgemeines Zittern, schwankender Gang, erhöhte Sehnenreflexe u. s. w.

Mit einem Worte, die acute Verwirrtheit ist eine Erkrankung, welche zugleich die somatische und psychische Sphäre in ihren verschiedenen Perioden mit verschiedener Stärke befällt und unwillkürlich an verschiedene Infectionskrankheiten, wie Typhus, Influenza u. s. w., wie auch an verschiedene Intoxicationen, wie mit Haschisch, Atropin, Secale cornutum und Kohlenoxyd erinnert, ja von denselben kaum unterschieden werden kann. Ganz ebenso verhält es sich aber auch mit der Lyssa humana und den Puerperal-Psychosen.

Die sehr vereinzelten mikroskopischen Untersuchungen von Gehirnen an acuter Verwirrtheit Verstorbener bieten Erscheinungen, welche fast vollkommen übereinstimmen mit den bei Cholera, Typhus, Lyssa humana u. s. w. gefundenen.

Diese Befunde fallen schwer in das Gewicht und zwingen zu der Voraussetzung, dass die acute Verwirrtheit aller Wahrscheinlichkeit nach zu den Infectionskrankheiten gezählt werden kann, ohne jedoch bis jetzt etwas Bestimmtes über das Wesen und die Bedingungen der Infection auszusprechen; doch darf angenommen werden, dass abhängig von der Verschiedenartigkeit der ätiologischen Momente auch die toxischen Elemente verschiedenartige sein müssen. Bei einer solchen Annahme wird uns nicht nur die seltsame Verbindung scheinbar so verschiedenartiger Factoren der Krankheitsursachen und der wunderbare Polymorphismus der klinischen Erscheinungen verständlich, als auch die ausserordentliche Verschiedenheit im Verlaufe und dem Ausgange der Krankheit.

Die acute Verwirrtheit ist also nach der Auffassung Prof. *Popow*'s keine streng abgegrenzte Einheit, sondern eine sehr umfangreiche Gruppe

verschiedenartiger Erkrankungen, welche nur ganz oberflächlich durch einzelne allgemeine Züge mit einander verbunden sind.

A. v. Rothe.

Deventer, J. van, **Heilung eines Falles von Paranoia persecutoria nach 15jährigem Anstaltsaufenlhalt. — Psychiatrische Bladen. Band 14, Lieferung 2.**

Verf. berichtet über eine Kranke, bei der sich etwa in den zwanziger Jahren eine Menge Beeinträchtigungsideen und später Sinnestäuschungen auf fast allen Sinnesgebieten einstellten. Die Entwicklung derselben entspricht in jeder Beziehung der gewöhnlichen Art und Weise, wie sie bei der als chronische Verrücktheit bezeichneten Form beobachtet wird. — Nahrungsverweigerung in Folge von Vergiftungsideen machte den Anstaltsaufenthalt nöthig. Nach einer Behandlung von 1½ Jahren giebt die Kranke von selbst die Möglichkeit des Irrthums in Bezug auf ihre Wahnideen und Sinnestäuschungen zu. Sie beginnt nun die übrigen Kranken zu beobachten und hörte dieselben über Stimmen und Gedanken sprechen, welche nur in ihrer Einbildung bestehen konnten. Daraus schloss sie, dass sie in einem Krankenhause sein und dass sie selbst krank gewesen sein müsse. Obwohl sie selbst Anfangs noch zweifelhaft und unsicher war, that die dauernde freundliche Behandlung von Seiten ihrer Umgebung und verständiger Zuspruch das ihre, und mit der Zeit verschwanden alle Krankheitserscheinungen und es stellte sich völlige Einsicht ein, so dass die Kranke als geheilt entlassen werden konnte. Verf. ist der Ansicht, dass dieser günstige Einfluss öfters bei derartigen Kranken die Genesung herbeiführt. *Serger.*

Jelgersma, **Gedankenflucht bei Neurasthenie. — Psychiatrische Bladen. Band 14, Lieferung 2.**

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf ein Symptom bei Neurasthenie, welches er in den Lehrbüchern bisher vermisst hat: die Gedankenflucht. Er versteht darunter nicht eine einfache Beschleunigung des Vorstellungsablaufes, sondern vielmehr ein stärkeres Herantreten und Aufdrängen von — besonders unangenehmen — Erinnerungsbildern. Als Beispiel führt er einen Neurastheniker an, welcher sich in Gedanken in seine frühere Umgebung zurückversetzt und all die unangenehmen Scenen, welche er mit seinem Personal gehabt hat, wieder durchlebt. Von dem gleichnamigen Symptom bei der acuten Manie soll sich die Gedankenflucht bei Neurasthenie dadurch unterscheiden, dass sie nie in Handlungen übergeht, und dass das Unlogische der einzelnen Gedankenverbindungen fehlt. — Die ganze Beschreibung entspricht dem übrigens schon längst bei der Neurasthenie bekannten Symptome der Zwangsvorstellungen. *Serger.*

Deventer, **Melancholie, die in Folge eines chronischen körperlichen Leidens an die Stelle einer seit Jahren bestehenden Paranoia persecutoria originaria getreten ist. — Psychiatrische Bladen. Band 13, Lieferung 2.**

Bei einem 30jährigen erblich belasteten Manne entwickelt sich eine Verrücktheit mit Beeinträchtigungsideen. Eine Tuberculose der Lungen und des Kehlkopfes bringt im 53. Lebensjahre ein Verschwinden der Wahnideen zu Wege, zugleich entwickelt sich eine Melancholie. Nach 4jährigem Bestehen der Tuberculose tritt der Exitus ein. Die beiden Krankheiten haben nichts mit einander zu thun, denn die erste ist die Folge einer krankhaften Anlage, die zweite die Folge der Tuberculose. Für derartige Fälle schlägt Verf. den Namen „substituirte Geisteskrankheit" vor. *Serger.*

Ellis, Havelock, und *Symonds, J. A.*, Das conträre Geschlechtsgefühl. — Deutsche Original-Ausgabe, besorgt unter Mitwirkung von Dr. *H. Kurella.* Verlag von Georg Wiegand. Leipzig. 1896.

Die ersten Kapitel der Abhandlung geben einen Ueberblick über das Vorkommen und die Verbreitung der Homosexualität in ethnographischer, historischer und literarischer Beziehung, sowie über die Entwicklung der wissenschaftlichen Erforschung der sexuellen Inversion. Eine eingehende Erörterung findet dann die Homosexualität in Griechenland. Erst in nachhomerischer Zeit sich entwickelnd, trat dieselbe zuerst in engem Zusammenhang mit dem Kriegsleben als eine heroisch gefärbte Knabenliebe auf und wurde dann weiter als eine edle Form männlicher Liebe ethisirt und idealisirt. Fördernd auf die Ausbildung der griechischen Liebe (Paiderastia) wirkte das gemeinsame Heranwachsen der Knaben in Gymnasien und Syssitien, die untergeordnete Stellung der Frau, die geringe Bedeutung der Ehe. Nach Untergang der griechischen Freiheit verkam diese edlere Form der Knabenliebe in Rohheit und Sinnlichkeit. — Die Verff. theilen weiterhin ihre eigenen Erfahrungen an 33 Fällen ihrer Beobachtung mit. Sie theilen die männliche Homosexualität — nach dem Vorgange *Moll's* — ein in: einfache Inversion und psychosexuellen Hermaphroditismus. Die sexuelle Inversion beim Weibe ist wahrscheinlich nicht viel seltener als die beim männlichen Geschlecht; sie tritt am häufigsten in leichteren Graden, seltener voll entwickelt auf. Die meisten der weiblichen Invertirten, zu denen sehr viel Prostituirte gehören, zeigen eine gewisse Annäherung an den männlichen Typus. — Bei einem grossen Theile aller Homosexualen lässt sich erbliche Belastung nachweisen, häufig ist geschlechtliche Frühreife mit mangelhafter Entwicklung der Genitalien. Masturbation kann nicht allein zur Inversion führen, aber dieselbe verstärken. — Im Wesentlichen stellt die sexuelle Inversion eine auf ange-

borener Anomalie beruhende Spielart, Varietät dar, die nicht an und für sich pathologisch ist. Häufige Gelegenheitsursachen zur Entwicklung der Homosexualität bei organisch Prädisponirten scheinen das heutige Schulsystem mit Trennung von Knaben und Mädchen, Verführung und getäuschte Liebe zum anderen Geschlecht zu sein. Da es keine Beseitigung der Inversion giebt, muss sich die Behandlung Invertirter darauf beschränken, durch psychische Beeinflussung das oft gestörte seelische Gleichgewicht wiederherzustellen und zu erhalten. — Von den Gesetzbüchern entspricht nur der Code Napoléon der modernen Theorie des contrairen Geschlechtsgefühls — in den meisten civilisirten Ländern, wie Deutschland, Oesterreich, England, Russland, wird die Inversion als reines Verbrechen behandelt. Die Verff. vertreten die Ansicht, dass die Sodomie wie andere perverse Befriedigungsarten des Geschlechtstriebes unter Personen gleichen oder verschiedenen Geschlechts von hinreichendem Alter, sobald dieselben insgeheim und mit gegenseitiger Uebereinstimmung betrieben werden, nicht als strafbare Handlungen angesehen werden dürfen. *Scheven.*

Howard, William Lee, Sexuelle Perversion. — The Alienist and Neurologist. St. Louis. January.

H. giebt als Grund seiner Veröffentlichung an, er wolle Material beischaffen für spätere Gesetzmacher, als Unterlage für gewisse Gesetze. Er will nicht von Inversion, sondern nur von Perversion reden.

Der erste Fall betrifft einen Musiker, einen talentvollen Organisten, der durch jahrelanges Trinken oft seine Stelle einbüsste, von guten Freunden aber immer wieder untergebracht wurde. Seine Mutter war nervös, der Vater tuberculös. Er selbst starb schliesslich auch an Tuberculose. Ein halbes Jahr vor seinem Tode beichtete er, dass er seit seinem 20. Lebensjahre an nervösen Attaquen litt, wo ihn ein allgemeines Zittern befiel, er unfähig war zu spielen, bis er Jemanden fand, der ihm injectione seminis in os roborirend beisprang. Dann war er wieder im Stande zu spielen. Die Procedur war ihm nicht besonders widerlich, und gab Pat. an, in den Augenblicken jener nervösen Attaquen würde er auch vor einem Verbrechen nicht zurückgeschreckt sein.

Dass Prostituirte schliesslich Ekel an jahrelang geübtem natürlichen Beischlaf empfinden und so pervers werden, ist bekannt. Zunächst begnügen sie sich dann mit Hunden und Affen.

Eine im Uebrigen gebildete Dame, die zeitlebens masturbirte, hatte am ehelichen Beischlaf nur dann Genuss, wenn sie sofort hinterher masturbiren konnte. Schliesslich verbat sie sich überhaupt jeden Coitus und zwang den Gatten zu gegenseitiger Masturbation. Später genügte ihr der Mann dazu auch nicht mehr, sondern sie nahm dazu den ersten besten Kerl ins Haus, um in seiner Gegenwart zu masturbiren. Später lief sie ohne Scham in fremde Häuser, Clubs, Theater u. dgl. und holte sich dort

ihren Zuschauer. Jeden Mann duldete sie dann nur einmal bei dem Act. Eine jahrelange Internirung im Irrenhaus half nichts. —

Ein Junge von 16 Jahren, im Uebrigen körperlich und geistig gesund, wurde seinem Wunsche gemäss in ein Pensionat auf dem Lande gebracht, wo er sich sofort daran gab, eine Sau zu stehlen, heimlich zu verbergen und zu cohabitiren! Strafen halfen nichts, er that es immer wieder! Schliesslich hielt er sich eine eigene vom gestohlenen Gelde gekaufte Sau, die er verbarg und heimlich besuchte! Pat. wurde später eingesperrt und verfiel bald in Blödsinn. —

Howard glaubt, dass eine gewisse moralische Schwäche immer nöthig sei, um zur Perversion zu gelangen. Der Jurist muss unterscheiden lernen zwischen congenitaler und acquirirter Perversion einerseits, — und dem gemeinen Laster und der weiblichen Prostitution andererseits.

Ellis, Havelock, Sexuelle Inversion bei Männern. — The Alienist and Neurologist. St. Louis. April.

Ellis glaubt, dass auch in Amerika die Schulen und Knabenconvicte die meiste Gelegenheit zu hierher gehörigen Handlungen bieten. Er ist der Meinung, dass die Inversion angeboren und erworben sein kann. Der letztere Fall ist aber bei weitem seltener und würde bei gehöriger Anamnese wahrscheinlich noch viel seltener sein. Er selbst kennt nur 3 Fälle von erworbener Inversion. *Ellis* bringt dann eine Sammlung von 26 Fällen eigener Beobachtung, zum Theil recht interessant zu lesen, ohne gerade viel Neues zu bieten. Es sind 21 Fälle von reiner Inversion und 5 Fälle von psychischem Hermaphroditismus. *Ellis* entschuldigt die Veröffentlichung damit, dass in England bisher so wenig hierher gehörige Beobachtungen veröffentlicht sind, die sich ausserhalb von Asylen und Gefängnissen befinden, was man leider von Deutschland nicht sagen kann. Es sind alles Männer.

Kiernan-Chicago, Quebracho bei Melancholie und stupurösen Zuständen. Ibidem.

K. will namentlich bei Melancholie mit Angstzuständen grosse Erfolge mit Quebracho erzielt haben.

Talbot, Ein Fall von degenerativem Irresein mit sexueller Perversität. Melancholie nach Castration. Mord- und Selbstmordversuch. — The Journal of mental science. April.

O., 30 Jahre alt. Vater Verbrecher. Bruder auffallend. O. selbst mit 12 Jahren von einem Manne missbraucht. Später Heirath. Bald darauf glühende Liebe zum Cousin seiner Frau. Ehetrennung. Dann 2½ Jahre geisteskrank, verwirrt, Verfolgungs- und Grössenideen. Genesen entlassen.

Wurde dann Briefträger. Verliebt sich in einen Collegen, der wie er grosse Leidenschaft zur Musik hat. Schreibt viele Liebesbriefe u. s. w. Deshalb Entlassung aus dem Dienst. Pat. hat kleine Genitalien. Testikel und Brüste schwellen periodisch an; dann ist Pat. besonders homosexuell. Deshalb Castration! Die alte Leidenschaft zu dem früheren Collegen ist geblieben! Wird abgewiesen. Danach Melancholie mit schweren Selbstvorwürfen. Will mit seinem Geliebten zusammen sterben. Schiesst auf ihn, ohne ihn zu tödten. Wiederholte missglückte Selbstmordversuche. Deshalb in die Anstalt gebracht, wo er noch ist.

Rutgers, J., Die Aetiologie des perversen Geschlechtstriebs. — Psychiatrische Bladen. Band 12, Lieferung 3.

In 2½ Seiten spricht sich Verf. über die Aetiologie des Geschlechtstriebes aus, für die es seiner Ansicht nach keine andere Erklärung geben kann als durch „Associatio idearum". Die Befriedigung des Geschlechtstiebes auf natürliche Art ist im Laufe der Jahrhunderte sanctionirt und jede andere Art gilt als verwerflich. Durch besondere Verhältnisse aber und Umstände kann sich bei einem Individuum oder bei einer Gruppe von solchen eine andere Art der Befriedigung des Geschlechtstriebes — Onanie, Verkehr mit Personen gleichen Geschlechts — so fest einwurzeln, dass diese Art entschieden das Uebergewicht über jede andere bekommt. Eine grosse Rolle spielen hierbei die Vorstellungen, die sich in der Jugend mit dem Coitus verknüpft haben. „Hält man als Kind den Coitus für schlecht, fein oder roh, dann kann die Ideenassociation von Wollust mit Schlechtheit, Feinheit oder Rohheit so stark geworden sein — vor allem bei exaltirten Individuen, dass man Lust bekommt zu verbotenem Umgang, zu zarten oder rohen Arten der Befriedigung." Bei gewissenlosen und psychopathischen Individuen können dergleichen Neigungen zu den abscheulichsten Verbrechen führen. *Serger.*

Bond, Hubert, Weitere Bemerkungen über die Beziehung von Geistesstörung zu Diabetes. — Journ. of mental science. April.

Bond's frühere Arbeit (ibid. January 1896) zählt unter 175 frisch erkrankten männlichen Geisteskranken 12 Diabetiker, also 6,85 pCt. Ausserdem fand er noch 5 Fälle bei chronisch Geisteskranken. Dieses Mal verfügte er in Banstead Asylum über 180 frische männliche Geisteskranke mit 7 Fällen von Diabetes, also 3,8 pCt. Beide Reihen zusammengenommen gäbe es 5,35 pCt. Das Asyl beherbergt im Ganzen 588 kranke Männer, darunter 12 Diabetiker. Ausserdem verfügt Verf. noch über 3 weibliche diabetische Geisteskranke. Im Ganzen also 32 Fälle von Psychose mit Diabetes. Er benützt zur Diagnose die *Fehling*'sche Lösung. — Die acuten Psychosen zeigten also 19 Mal Diabetes, die sich folgendermaassen vertheilen: Paralyse 3, Melancholie 11, Stupor 1, Verwirrtheit 1, Dementia 2,

Dementia senilis 1. — In 3 Fällen war nachweislich Diabetes Ursache der Psychose. In 1 Falle gelang es durch Uran den Zucker zu vertreiben. Mit dem Schwinden des Zuckers aus dem Harn schwanden auch die geistigen Störungen, kehrten aber mit dem Wiederauftreten des Zuckers wieder. Schliesslich Genesung geistig und körperlich. Bei einem Paralytiker stieg der Zuckergehalt mit dem Einsetzen der paralytischen Anfälle. — Im Allgemeinen constatirte *Bond* ein Schwinden des Zuckers mit dem Beginn der psychischen Genesung. Er empfiehlt das Uranium. Im Uebrigen räth er, mehr auf Diabetes bei den Geisteskranken zu achten.

***Cowen*, *Philipp*, Manie mit Chorea bei einem jungen Mann. — Ibidem.**

Ein 21jähriger Kohlengrubenarbeiter ohne erbliche Belastung, mit normaler Entwicklung, immer gesund. Fleissig und solide. Er erkrankte psychisch. Wurde stupurös, dann nach einigen Tagen maniacalisch. Auch die ausgebildete Manie zeigte noch kurze stupuröse Intervalle. Ungefähr acht Wochen nach Beginn der Psychose entstanden allmählich die choreatischen Bewegungen in den Armen und den Gesichtsmuskeln. Nach weiteren 4—5 Wochen floride Manie mit allgemeiner Chorea. Nach ferneren 5 Wochen Abnahme der choreatischen Bewegungen. Dann tiefer Stupor. Nach 1 Monat ist Manie und Chorea verschwunden. Genesung. — Fieber bestand nicht. Auffallend ist die rasche Genesung. Auch nach *Cowen* zeigen weibliche Geisteskranke öfter Chorea als Männer.

***Barrus*, *Clara*, Ueber Seelenstörung bei jungen Weibern. — The journ. of nerv. and ment. dis. June.**

Es handelt sich um 121 weibliche jugendliche Kranke im Alter von 11—35 Jahren aus dem Middeltown State Homoeopathic Hospital. Das Gros war zwischen 17 und 25 Jahren. Darunter 106 unverheirathet und 15 verheirathet. Von den Kranken waren 8 Analphabete. Von den Unverheiratheten hatten 8 ein oder mehrere Male geboren. Nach den Psychosen geordnet: 33 acute Manie, 17 subacute Manie, 9 chronische Manie, 22 acute Melancholie, 6 chronische Melancholie, 5 circ. Irresein, 3 primäre Dementia, 14 terminale Dementia, 8 Seelenstörung mit Epilepsie und 4 Imbecillitas c. Mania. — 59 Mal hereditäre Belastung zugestanden. In 26 Fällen gilt Ueberanstrengung als Ursache, 10 Mal Masturbation, 11 Mal Partus, darunter 7 Mal bei Unverheiratheten! Ausser anderen körperlichen Erkrankungen erwähnt *B.* unter den 121 Fällen 45 Mal Unterleibsleiden! Die Menstruation war meistens gestört. Während der Menses meistens Verschlimmerung im psychischen Krankheitsbild, selten Lucida intervalla. Bei 64 Kranken Degenerationszeichen. — Als Perversitäten erwähnt *B.* unter den 121 Kranken: 52 Mal Masturbation, 27 Mal Suicid, 22 Mal

Homicid, 22 Mal beides; 77 Kranke werden als obscön bezeichnet. Die Maniacalischen waren meist unreinlich.

Den jugendlichen Psychosen gehen in den meisten Fällen allerlei Absonderlichkeiten voraus, wie Menschenscheu, Fortlaufen, hysterische Erscheinungen u. dergl. Tritt Heilung ein, so meist in 6—12 Monaten. Von den 121 waren bei Schluss der Abhandlung 53 geheilt, 7 gestorben, 5 ungeheilt entlassen, — bei 23 von den noch im Asyl befindlichen 68 Kranken war Hoffnung auf Genesung, dieselbe bei 25 zweifelhaft, bei 20 keine Hoffnung.

Burr, Charles, Ein Fall von tactiler Amnesie mit Seelenblindheit. — The journ. of nerv. and ment. dis. May 1897.

Eine 60jährige, bisher gesunde Frau, Mutter von 15 Kindern, erblindet innerhalb zwei Tagen soweit, dass sie nichts mehr unterscheiden kann. Dabei vorübergehende Gefühllosigkeit des oberen Augenlides und Kopfschmerz. An dem Auge nichts nachweisbar. Taumelnder Gang. Reflexe etwas gesteigert. Sensibilität nicht gestört, doch die Tastempfindung in den Händen herabgesetzt; eine Scheere wird für ein Messer gehalten, die Uhr in der Hand nur am Ticken erkannt. Die Kleider können selbständig zugeknöpft werden. Die Sprache und die übrigen Sinne intact, ebenso Blase und Mastdarm. Es trat keine Besserung ein. *Burr* glaubt, dass hier ein Verlust der Erinnerungsbilder für die Tastempfindung vorliegt.

Havelock, John, Ein Fall von Mania recurrens. — The journal of mental science. October.

Havelock berichtet kurz über einen Fall aus dem Montrose Royal Asylum. Ein jetzt 54jähriger Kaufmann hat in den letzten 35 Jahren nicht weniger als 20 Mal eine acute Manie durchgemacht. Die einzelnen Anfälle dauerten immer einige Wochen bis einige Monate; meist war Anstaltsbehandlung nöthig. In den Zwischenzeiten arbeitete Pat. mit Erfolg in seinem grossen Geschäfte. Erblichkeit nicht nachweisbar. Seit $5^1/_2$ Jahren ist der Betreffende jetzt gesund. Irgend welche Defecte in körperlicher und geistiger Hinsicht sind nicht nachweisbar. Pat. glaubt seine jetzt mehrjährige Gesundheit dem Radfahren zu verdanken. Er huldigt diesem Sport jetzt leidenschaftlich.

Preston, George, Ein Fall von _Brown-Séquard_'scher Paralyse. — The journ. of nerv. and mental disease. October.

Ein 29jähriger bisher gesunder Arbeiter, erblich nicht belastet. Vor zwei Jahren Bubo. Er kommt ins Krankenhaus wegen einer Schusswunde an der linken Halsseite. Es findet sich: aussetzender Puls, Zurückbleiben der linken Brustseite, linker Arm gelähmt, linkes Bein paretisch, kann

vom Untersuchungstisch nicht aufgehoben werden. Reflexe normal. Rechterseits das Tastgefühl herabgesetzt, Verlust der Schmerzempfindlichkeit und des Temperatursinnes von der Clavicula abwärts. Das Muskelgefühl linkerseits beim Arm vermindert, weniger beim Bein. Einen Monat später kann Pat. gehen, schleppt das linke Bein noch etwas nach; der linke Arm ist gelähmt. Reflexe im linken Bein gesteigert, Fussclonus, — weniger ausgesprochen im rechten Fuss. Einen weiteren Monat später ist der Arm besser beweglich. Reflexe noch gesteigert. Nach 7 Monaten ist das linke Bein wieder völlig brauchbar, der linke Arm noch sehr behindert. Dynamometerprobe 30 : 105. Linker Arm atrophisch, Unterarm 26 : 24, Oberarm 32 : 25. Reflexe des linken Beines sehr stark. Sensibilität und Muskelgefühl normal. Rechterseits keine Atrophie, keine Anästhesie oder Analgesie, aber absoluter Verlust des Temperatursinnes, kaltes und heisses Wasser werden nicht unterschieden. Also Lähmung auf der Seite der Läsion mit Verlust des Muskelgefühls, und Verlust des Schmerz- und Temperaturgefühls auf der entgegengesetzten Seite, demnach die Diagnose: Verletzung im Niveau des IV. Cervical-Nerven (*Brown-Séquard*). *Preston* kommt zu folgenden Schlüssen: Es ist zweifelhaft, ob man die Bahn der sensorischen Leitung der niederen Thiere incl. Affen mit dem Menschen vergleichen kann. Wahrscheinlich kreuzen die sensorischen Fasern im Rückenmark nicht. Die klinische Beobachtung, d. h. lang anhaltende und dauernde sensorische Störungen in der der Läsion entgegengesetzten Seite, lässt mit Wahrscheinlichkeit schliessen auf eine Läsion des Rückenmarks, grösser als die Hälfte.

Léopold-Lévi, Von der Leber ausgehende nervöse Störungen (Hépato-Toxhémie nerveuse). — Arch. général de médecine. Mai, Juin, Juillet.

L. begrenzt sein Gebiet folgendermaassen: Die nervösen Störungen müssen sich anschliessen an ausgesprochene Symptome seitens der Leber und deren Läsionen; die Leber muss erkrankt sein mit Ausschluss anderer Organe, namentlich der Nieren, und es dürfen keine allgemeinen infectiösen Ursachen, toxische oder autotoxische vorliegen. *L.* glaubt die Symptomatologie der Leberkrankheiten für nahezu abgeschlossen im Hinblick auf die Fortschritte der Chemie der Ausscheidungen. *Lévi's* Arbeit ist angeregt durch die Arbeiten von *Bouchard* über die Auto-Intoxication.

Lévi's Arbeit zerfällt in 3 Theile: 1. klinische und kritische Studien über Störungen der Nerven und des Gehirns in Folge von Leberleiden; 2. pathologische Anatomie; 3. Pathogenie.

Die Störungen theilt er wieder in schwere (Delirium, Coma, Convulsionen, Lähmungen, Contractionen, Zittern) und leichte (Störungen des Charakters, Muskelschwäche, Kopfschmerz, Schwindel, Pruritus, Sensibilitätsstörungen, Reflexstörungen, Schlafsucht, Augenstörungen).

L. giebt zunächst einige Fälle von Coma, transitorische, beim selben Kranken mehrfach wiederkehrend, und terminale, wobei das Leberleiden ohne Fieber und ohne sonstige Complicationen verlief. Es handelte sich meist um Leberschrumpfung. Das Coma tritt plötzlich auf oder hat mehr oder weniger nervöse Vorläufer. Es besteht dann allein oder ist begleitet von anderen nervösen Phänomenen. Das Coma ist mehr oder weniger tief. Es ist bisweilen mit Lähmungen oder Contractionen verbunden. Die Reflexe sind normal, abgeschwächt oder gesteigert. Es kann epileptoider Tremor bestehen. Die Respiration ist verlangsamt. Es besteht Tachycardie. Urobilin ist im Harn. Im Gegensatz zur Myosis beim urämischen Coma besteht Mydriasis. Die Harnanalyse entscheidet schliesslich die Diagnose.

Es folgen dann acht Fälle von kurz anhaltenden, transitorischen Delirien bei Leberleiden, ohne Fieber, ohne Inanition und ohne nachweisbare sonstige Ursache. — Als Folie hépatique beschreibt *Lévi* einen Fall, wo auf maniacalische Erregung eine Depression folgte. Dabei Urobilinurie. Es fand sich post mortem Granulair-Atrophie der Leber, keine Gehirnveränderung. — Auch Pseudo-Paralyse hat *Lévi* beobachtet. Ein 52jähriger Alkoholiker erkrankt an Atrophie der Leber, Urobilinurie, dunkler Haut, Contracturen, Tendenz zu Hämorrhagien; später Ascites, schwerer Icterus, Ohnmachtsanfälle. Dann Zuckungen im Gesicht, namentlich rechterseits und in den Mundwinkeln. Sprache wie bei multipler Sklerose. Reflexe nicht gesteigert. Gang unsicher. Intellect nicht sonderlich verändert. Pat. ging ödematös zu Grunde. Alle die genannten nervösen Erscheinungen traten erst auf längere Zeit nach der Alkoholentziehung. Leider unterblieb die Section in diesem Falle. (Forts. folgt.)

Morton, Drei Fälle von spontaner Gangrän. — The Journal of mental science. January.

Ein 52jähriger Melancholiker mit Nahrungsverweigerung steht in einemfort auf kaltem Fussboden. Er bekommt eine totale Gangrän des rechten Fusses bis zum Gelenk. Ursache: Arterienerkrankung und Fettherz. — Eine 76jährige Maniaca, ebenfalls mit Nahrungsverweigerung, hat Gangrän des rechten Unterschenkels und Fusses. Post mortem fand sich an den Arterien Cellulitis. — Bei einer 69jährigen Frau, die an secundärer Demenz mit Erregungszuständen litt, entstand Gangrän des linken Unterschenkels und Fusses. Post mortem fand sich Fettherz und Embolie der Arterien des linken Beines. — In den beiden ersten Fällen trat mit dem Entstehen der Gangrän plötzlich eine psychische Besserung ein.

On the symptomatology of gross lesions (tumors and abscesses) involving the prae-frontal region of the brain, by *Williamson*. — Brain, Summer—Autumn.

Auf der Basis von 4 Fällen von Tumor und 1 von Abscess des

Stirnhirns, die Verf. selbst beobachtet hat, und von 45 aus der Literatur der letzten Jahre gesammelten, stellt *W.* eine Symptomatologie der Stirnhirn-Tumoren zusammen. Die Kopfschmerzen sitzen meist in der Stirn, doch auch im Hinterkopf; häufig, besonders wenn der Tumor innen oder nahe der Rinde sitzt, findet sich starke Empfindlichkeit des entsprechenden Theils des Schädels gegen Percussion. Convulsionen und Schmerzen hängen von einer Betheiligung der Centralwindungen ab. Unter 35 Fällen fand sich 7 Mal Neuritis optica, und zwar 6 Mal auf der Seite der Läsion. Ataxie fand sich in 40 Fällen. Von psychischen Symptomen erwähnt *W.* grosse Benommenheit und Attacken von langem Schlafe. Bezüglich der Differential-Diagnose gegen Kleinhirn-Tumoren führt *W.* die in Betracht kommenden Umstände ganz nach den Angaben von *Bruns* an. *Lewald.*

Cowen*, *Philip, **Fälle von traumatischem Irresein. — The Journal of mental science. January.**

1. Ein 4jähriges Kind erkrankt an Epilepsie. Es ist nach sehr langer Geburt zur Welt gekommen. Schädel ohne Asymetrie. Linke Gesichtshälfte und linker Arm sind schwächer. Parese beider Beine, links stärker als rechts. Die Convulsionen bestehen meist nur links, wenn beiderseits, so links stärker als rechts. Das Kind ist zugleich offenbar schwachsinnig. *Cowen* erklärt das Leiden als Folge von Blutung zwischen Gehirn und Hirnhaut.

2. 33jähriger Mann, Potator, ohne je Delirium gehabt zu haben. Fällt von der Treppe auf den Rücken und Hinterkopf. Einige Minuten bewusstlos, ohne grössere äussere Verletzung. Anästhesie der Beine und des Rückens. Suggillationen. Herabsetzung des Patellarreflex. Vom folgenden Tage an zunehmende Unruhe, Verwirrtheit mit Hallucinationen. Nach 14 Tagen beginnt die allmälige Besserung. Nach 3 Wochen genesen entlassen.

3. 54jähriger Arbeiter fällt durch den Aufzug hinab auf den Rücken. Hautwunde hinten rechts auf dem Parietalknochen. Hemiplegie rechterseits betr. Gesicht, Zunge, Arm und Bein. Motorische Aphasie beträchtlichen Grades. Gleiche Pupillen. Patellarreflex rechts stärker als links. Keine Anästhesie. Stupor in Folge von Hallucinationen. Nach $2^1/_2$ Monaten körperliche und geistige Heilung.

4. 45jähriger Eisenarbeiter fällt 14 Fuss herab auf den Kopf. Rinnenförmige Impression im linken Schläfenbein hinter der Centralwindung. Keine Lähmungserscheinungen. Trepanation. Im Anschluss an den Unfall wachsende Verwirrtheit mit Hallucinationen und offenbar rascher Verblödung.

5. 56jähriger Grobschmied hatte im Krimkriege einen Kugelsplitter an den Kopf erhalten mit grosser Schädelimpression senkrecht zur Sagittalnaht, $^2/_3$ rechts und $^1/_3$ links von derselben, hinter der Mitte der-

selben. Seitdem monatlich 3—4 epileptische Anfälle mit rasch vorübergehenden maniacalischen Erregungszuständen. Keine ausgesprochenen Lähmungserscheinungen; die linken Extremitäten etwas schwächer als die rechten. Operation nicht gestattet! Allmälige Verblödung.

Savage, Krankhaftes Betragen (Insanity of conduct). — Journal of mental science. January.

Den Ausdruck Insanity of conduct gebraucht *Savage* für eine Abart der Moral insanity. Sie äussert sich ausschliesslich in dem auffallenden und unerklärlichen Benehmen der Menschen, ohne eine nachweisbare Veränderung der Verstandesthätigkeit. Unter den Beispielen, die *Savage* anführt, ist folgendes. Ein erblich belasteter Mensch von 22 Jahren, der Medicin studirte, arbeitete sehr angestrengt für ein Examen. Er wurde schlaflos und niedergeschlagen. Dann fing er an, sich im Gegensatz zu seinem früheren Verhalten sehr anstössig zu betragen. Er machte mehrere Heirathsanträge, verschwendete Geld, kaufte unnütze Dinge, kleidete sich auffallend und fügte sich nicht mehr der Hausordnung. Intelligenz und Gedächtniss waren dabei ohne jede Veränderung. Sinnestäuschungen oder Wahnideen waren nicht vorhanden. Nach einiger Zeit jedoch kam bei ihm eine Manie zum Ausbruch. Wie hier die Insanity of conduct als Vorläufer der Manie auftrat, so kann sie auch der Melancholie vorausgehen, aber auch isolirt auftreten, z. B. als Kleptomanie.

Die Mittheilung *Savage*'s wurde als Vortrag in der Jahresversammlung der British Medical Association zu London gehalten und stiess auf nur sehr geringen Widerspruch. In einer deutschen Versammlung würde sich gegen die Lehre von der Moral insanity und der Insanity of conduct wohl lebhafter Protest erhoben haben. *Otto Snell.*

Brero, van, P. C. J., Sur l'Amok. — Annales médico-psychol. Novembre, Décembre.

Unter Amok versteht man eine in Niederländisch-Indien vorkommende, mehr oder weniger acute Geistesstörung mit Neigung zum Menschenmord. Der Betreffende verlässt bei Beginn des Anfalles sein Haus, läuft durch die Strassen und sucht blindlings jeden zu tödten, der ihm begegnet, insbesondere Frauen, bis er ergriffen wird oder selbst stirbt; nachher besteht oft Amnesie; es ist ihm, so hört man den Betreffenden sagen, dunkel oder roth vor den Augen gewesen, er habe Tiger, Eber, Hunde, Teufel gesehen, die es auf ihn abgesehen hätten: vorher, zuweilen auch nachher ein stupuröser Zustand, nachher oft auch ein tiefer, langer Schlaf. Es ist eine Krankheit, die die malayische Rasse trifft, übrigens nicht so oft vorkommt wie man wohl glauben sollte und sich häufiger bei Männern als bei Frauen findet; es ist entweder das Symptom einer Psychose (Epilepsie, Verwirrtheit, periodische Manie, Imbecillität) oder auch das einzige Symptom bei

den sog. „psychisch Minderwerthigen" im Sinne von *J. L. A. Koch* und wird dann hervorgerufen durch psychische Erregungen oder fieberhafte Krankheiten.

Er empfiehlt, möglichst früh einen Sachverständigen zur Beurtheilung des Falles heranzuziehen, da es sich nicht immer um eine Krankheit handelt nach Ansicht des Verfassers: er weist darauf hin, dass die Eingeborenen ein sehr leicht erregbares Nervensystem haben, bei dem geringsten Anlass schon schwere psychische Alterationen darbieten, dass sie wenig Herr ihrer Leidenschaften sind, dass sie das Leben ihrer Mitmenschen gering anschlagen und daher leicht zur Waffe greifen, die sie immer bei sich führen.

Parans, Victor, Le tremblement gélatineux de la langue chez les aliénés mélancoliques. — Ann. méd.-psych. Nov., Déc.

P. macht auf ein eigenthümliches Verhalten der Zunge aufmerksam, auf ein Oscilliren derselben in ihrer ganzen Masse, das er mit dem Zittern einer Gelatinemasse vergleicht; er findet es bei Melancholie und zwar bei der einfachen, hypochondrischen, ängstlichen und stupurösen Melancholie, besonders bei den frischen Formen und solchen infectiösen Ursprungs, und sieht in ihm ein prognostisch günstiges Zeichen.

Oppenheim, Hermann, Die Differentialdiagnose des Hirnabscesses. — Berl. klin. Wochenschrift No. 45.

Verf. berichtet in vorliegender Arbeit, die er auf der 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Frankfurt am Main unter allgemeinem Beifall vorgetragen hat, auf Grund reicher eigener Erfahrungen über die Schwierigkeit der Diagnose des Hirnabscesses und die hieraus erwachsenden Enttäuschungen und Misserfolge; er beschränkt sich auf den Hirnabscess traumatischer und otitischer Aetiologie, bringt aber schon hierbei eine derartige Fülle von Material und Einzelbeobachtungen, dass die Lecture der Arbeit dringend empfohlen werden kann.

Bei der Differentialdiagnose des traumatischen Hirnabscesses berücksichtigt er die Meningitis, Apoplexie, besonders die sogenannte Spätapoplexie, die Encephalitis haemorrhagica non purulenta, den Tumor, die Epilepsie, die Neurosen, besonders den vasomotorischen Symptomencomplex *Friedmann*'s traumatischen Ursprungs.

Grössere Schwierigkeiten treten auf bei der Diagnose otitischer Hirnabscesse: es kommen hier in Betracht einmal anderweitige, ebenfalls mit dem Ohrenleiden zusammenhängende Hirnkrankheiten (Hirnsymptome der uncomplicirten Otitis media, einschliesslich des *Ménière*'schen Schwindels, extraduraler Abscess, Sinusthrombose, Meningitis cerebrospinalis purulenta, Meningitis serosa, durch Aufmeisselung des Warzenfortsatzes bedingte Hirnsymptome) und andere, die mit dem Ohrenleiden nichts zu thun haben

(Hirntumor, Encephalitis haemorrhagica non purulenta, die verschiedenen Meningitiden, Intermittens, Typhus und andere Infectionskrankheiten, Arteriosklerose mit ihren Folgezuständen, Psychosen, Hysterie und verwandte Neurosen).

Besonderes Gewicht legt *O.* darauf, dass die Meningitis oft genug da verkannt wird, wo sie neben dem Hirnabscess vorlag; es hat dies aber praktische Wichtigkeit, weil die Complication zu Ungunsten einer etwa auszuführenden Operation spricht. Besondern Werth beanspruchen hierbei die Spinalsymptome, umsomehr, als sich die Meningitis nach Otitis oft geradezu auf die Häute des Rückenmarks beschränken kann: es kann sogar zu einer ganz circumscripten Spinalmeningitis kommen, die ihren klinischen Ausdruck in heftigen Afterschmerzen sowie Incontinentia urinae et alvi findet. Der Umstand, dass zu keiner Zeit der ärztlichen Beobachtung Temperatursteigerung gefunden worden ist, spricht durchaus nicht gegen die Diagnose Hirnabscess, sowie auch andererseits anhaltende Temperatursteigerung zu Ungunsten eines Hirnabscesses, zum mindesten gegen einen uncomplicirten Hirnabscess spricht. Eins der wichtigsten Zeichen des Hirnabscesses ist die Pulsverlangsamung. Die Lumbalpunction hat für einschlägige Fälle wenig Werth, sie ist sogar bedenklich, insofern sie einen etwa drohenden Durchbruch des Eiterherdes erleichtern kann.

Daran, dass auch die uncomplicirte Otitis Hirnerscheinungen zeitigen kann, wird man besonders bei Kindern denken müssen. Sehr wichtig ist die Differentialdiagnose zwischen Hirnabscess und acuter hämorrhagischer Encephalitis, besonders seitdem man weiss, dass die Influenza beides oft im Gefolge hat. Zwei lehrreiche Fälle führt *O.* an: in dem einen fehlte die Aetiologie für den Abscess, in dem andern Falle war das Ohrenleiden rechtsseitig, während nach den klinischen Erscheinungen die linke Hirnhemisphäre erkrankt sein musste: in beiden Fällen war mithin die Diagnose auf Abscess auszuschliessen.

Unter 35 hierher gehörenden Fällen stellte *Oppenheim* 14 Mal die richtige Diagnose auf Hirnabscess: in 18 Fällen wies er diese Diagnose zurück; 3 Mal stellte er, zum Theil unter dem Zwang einer falschen Anamnese, die Fehldiagnose auf Gehirnabscess. 5 Mal wurde operirt, 2 Mal wurde der Abscess nicht gefunden; von den restirenden drei gingen zwei an Meningitis zu Grunde, und nur einer wurde geheilt. Wahrlich kein glänzendes Resultat, wie Verf. selbst sagt; es harrt aber unserer noch reichlich Arbeit auf dem Gebiete, und der Lohn wird, wie Verf. hofft, dann auch nicht ausbleiben.

Ziehen, Th., **Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. — Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten von *Konr. Alt.* 1. Bd., Heft 2 u. 3.**

In vorliegender Arbeit erörtert *Z.* ebenso eingehend und ausführlich

wie anschaulich die Definition, Aetiologie, Symptomatologie, den Verlauf, die Prognose und besonders die Diagnose und Therapie der Melancholie, wobei er ausdrücklich auf die Gefahren und die Verhütung des Selbstmordes hinweist. In erster Linie ist der Aufsatz für den praktischen Arzt bestimmt, wie die ganze Sammlung überhaupt; aber auch der Fachmann wird ihn mit Interesse und Genuss lesen.

Heilbronner, Carl, Ueber Asymbolie. — Psychiatrische Abhandlungen, herausgegeben von *Carl Wernicke*. Heft 3/4. 1897.

Verf. veröffentlicht 3 ausführliche Krankengeschichten, die in ausgeprägter Weise das sog. Symptom der Asymbolie boten. Unter diesem von *Finkelnburg* in die psychiatrische Nomenclatur eingeführten Ausdruck versteht man nach des Verf. Definition einen Krankheitszustand, der sich kurz kennzeichnen lässt als Nichterkennen der Dinge trotz erhaltener Sinnesfunction und bei einem Bewusstseinszustande des Kranken, der zum mindesten die Möglichkeit gewährt, ihn auf die in Betracht kommenden Symptome hin zu untersuchen. Ein derartiger Kranker vermag zum Beispiel nicht, mit den ihm vorgelegten Gebrauchsgegenständen aus dem alltäglichen Leben richtig umzugehen; werden ihm Cigarre, Messer und Zündhölzer vorgelegt, so ist er nicht im Stande, sich die Cigarre abzuschneiden und anzuzünden. Besonderes Interesse gewinnt die Arbeit durch die Mittheilung von 2 Sectionsergebnissen; danach handelte es sich um relativ circumscripte Herde in den Schläfen-Occipitallappen; Verf. weist besonders darauf hin, dass von einer umschriebenen Erkrankung des Gehirns, bei der in jeder Hirnhälfte nicht einmal eine sehr beträchtliche Partie zerstört zu sein braucht, ein Zustand herrühren kann, der die geistige Leistungsfähigkeit auf das Niveau des allertiefsten Blödsinns herabsetzt.

Scholz, Ueber acute Verworrenheit. — Deutsche medic. Wochenschrift. 1897. No. 22.

Sch. bespricht in diesem, vor dem ärztlichen Verein zu Bremen gehaltenen Vortrage die Symptome, den Verlauf, Ausgang und die Therapie der hallucinatorischen Verworrenheit; bei Erörterung der Pathogenese legt er besonderen Werth auf die Schwäche der Apperception, die er sich, unter anderem bezugnehmend auf den bekannten *Edinger*'schen Vortrag: „Ueber die Entwicklung der Gehirnbahnen in der Thierreihe“, durch ein Ueberwiegen der subcorticalen Centren über die Hirnrinde erklärt.

Régis, E., Psychoses de la vieillesse. Observation de délire raisonnant de persécution chez une femme âgée de soixante-treize ans. — Annales médico-psychologiques. Mars, Avril.

Während für gewöhnlich die Verfolgungsdelirien des Greisenalters sich auszeichnen durch eine schnelle Entwicklung und das Vorwiegen von

Sinnestäuschungen auf dem Gebiete der Seh- und Genitalsphäre, betont *R.*, dass sich bei bisher geistig nicht erkrankten greisen Individuen der Verfolgungswahn auch in der raisonnirenden Form (d. h. Wahrscheinlichkeit, scheinbare logische Begründung und Beständigkeit der Wahnideen bei dem Fehlen jeglicher Hallucinationen, mit Neigung zum Verfolgen und Processiren) ausbilden kann. Eine ausführlich mitgetheilte Krankengeschichte beweist das Gesagte, worauf man nach Verf.'s Ansicht bisher noch nicht aufmerksam gemacht hat.

Eulenburg, A., Beiträge zur neuropathologischen Casuistik — Deutsche med. Wochenschrift No. 29.

1. Ein Fall von Syringomyelie nach peripherischer Verletzung (Betriebsunfall).

Ein Arbeiter zog sich vor 4 Jahren an einer Gasflamme eine Verbrennung auf der Volarseite des Interphalangealgelenks des rechten Daumens zu; beim Drehen von Signalhörnern aus Zinkblech sprang ein Zinkspahn ab und drang in den schon verletzten rechten Daumen; im Anschluss daran ausgedehnte eitrige Phlegmone, die zu mehrmaliger, tiefer, übrigens auch recht schmerzhafter Incision Veranlassung gab. Nach Ablauf dieser Entzündung ($^1/_2$ Jahr) zunehmende Schwäche und Arbeitsunfähigkeit der rechten Hand, späterhin hochgradige Muskelatrophie des rechten und weiter auch des linken Arms, aufsteigend bis zur Musculatur des Schultergürtels: ferner auf die Arme und obere Rumpfpartie beschränkte, dissociirte Sensibilitätsstörung, Verengerung der Pupille und Lidspalte auf der ursprünglich verletzten rechten Seite und Scoliose im Cervico-Dorsaltheile der Wirbelsäule.

E. stellt die Diagnose auf Syringomyelie und betont, dass man angesichts des häufigen Auftretens dieser verhältnissmässig doch seltenen Erkrankung nach peripheren Verletzungen von einem causalen Zusammenhang der beiden Affectionen nicht wohl absehen kann. *Mies*, der denselben Fall auch begutachtet hat, fasst die Syringomyelie als eine Erscheinung chronischer Zinkwirkung auf: bei der Kleinheit des in Betracht kommenden Zinkspahns ist aber eine Vergiftung kaum glaublich. *Eulenburg* sieht vielmehr auch hier wie schon früher bei einem ähnlichen Falle in einer ascendirenden Neuritis das Mittelglied zwischen der peripheren Verletzung und Phlegmone einerseits und der consecutiven Rückenmarkskrankheit andererseits. Dass Verf. mit einer solchen Ansicht vielfach auf Widerspruch stossen wird, kann man mit Sicherheit erwarten.

2. Ueber einen schweren Fall infantiler, familiärer Muskelatrophie mit osteoarthropathischen Deformationen.

Der genau beschriebene Fall eignet sich nicht zu einem kurzen Referat.

Stembo, L., **Ein Fall von sog. Paramyoclonus mit Zwangserscheinungen. — Berliner klinische Wochenschrift No. 44.**

Die Kranke leidet an Anfällen von klonischen und tonischen Zuckungen symmetrisch gelegener, nicht selten auch isolirter Muskel oder nur Muskelbündel bei normaler elektrischer Erregbarkeit; unbetheiligt waren die Gesichtsmuskeln; Dauer der Anfälle 5—6 Minuten, ohne Bewusstseinsverlust; keine anderweitigen Störungen im Nervensystem nachweisbar. Im Anschluss an *Friedreich* und *Unverricht* denkt Verf. an Myoclonie. Während der Anfälle aber — und das ist das Besondere des Falles — stösst die Kranke Worte aus, wie: „Gutes, liebes Täubchen; Vater! ich haue Dir den Kopf ab! O! du, o! du, geh weg, hässlicher, da ist er!" und motivirt ihre unsinnigen Redensarten damit, dass sie sagt, sie könne nicht anders, sie müsse es, es sei ihr so, als ob sie jemand dazu zwinge. Es sind das also Zwangserscheinungen in der Form der Coarolalie, wie man sie insbesondere bei der Maladie des tics convulsifs findet.

Verf. stellt nun glücklicherweise kein neues Krankheitsbild auf, das aus diesen beiden Symptomen zusammengesetzt ist, eher erblickt er darin eine Uebergangsform zwischen den beiden Krankheiten; noch mehr aber scheint er geneigt zu sein, beide Erscheinungen auf das Conto der Hysterie zu setzen.

Ziehl, Franz, und *Roth, O.*, **Ein operativ geheilter Fall von Gehirntumor. — Deutsche medic. Wochenschrift. 1897. No. 19.**

Der Fall hat dadurch sein besonderes Interesse, dass schon bei der ersten Operation an dem Schädelknochen sich ein Befund erheben liess, der genügte, die klinischen Erscheinungen (Erbrechen, Kopfschmerzen, Krämpfe in der rechten Hand, zeitweilige rechtsseitige Lähmungen) zu erklären. Es trat aber nach einer vorübergehenden Besserung eine rapide, bedenkliche Verschlimmerung ein; an derselben Stelle wurde nochmals der Schädel geöffnet, die Dura gespalten und der gefundene Tumor entfernt. Die Geschwulst entzog sich der Beobachtung bei der ersten Operation, weil man im Hinblick auf die Knochenaffection an einer Spaltung der Dura sich begnügte und die Palpation des Gehirns bei uneröffneter Dura nichts Abnormes ergab. Auch im vorliegenden Falle scheint eine Verletzung bei der Aetiologie eine gewisse Rolle gespielt zu haben.

Briand, Marcel, **Hallucinations à caractère pénible dans le tabes dorsalis. — Annales médico-psychol. 1897.**

Nach einer Uebersicht über die bisher erschienene Literatur berichtet Verf. eingehend über zwei einschlägige Fälle; beide Male handelte es sich um blinde Frauen, die unangenehme widerwärtige Hallucinationen hatten, wie man sie sonst bei Alkoholisten findet, ohne dass indess Alkoholismus

vorlag. Die eine sah Schlangen, oft ganz grüne, die sie erwürgen wollten, Krokodile, die sie aufzufressen drohten, grimassirende Männer mit rothen Augen; die Hallucinationen traten in Anfällen auf, in deren Zwischenraum völlige Einsicht in das Krankhafte der Sinnestäuschungen bestand; keine Gesichtshallucinationen.

Die andere Frau, von jeher schwachsinnig, wahrscheinlich auch an hereditärer Syphilis leidend, hatte nach Ausbruch der Tabes in Zwischenräumen von 8—10 Tagen nächtliche Anfälle von ängstlicher Erregung mit Gesichts- und Gehörstäuschungen ohne genaue Rückerinnerung; sie sah wilde Thiere, die sie zerreissen wollten, Hunde, Katzen, Diebe, ihren Gatten in Gesellschaft von Frauen; sie hörte, wie man sie bedrohte, warnte; ausserdem Gemeingefühlsstörungen (vermeintliche Schläge auf den Rücken).

Bei beiden war progressive Paralyse ausgeschlossen, ebensowenig konnte es sich um eine Neuritis alkoholischer Natur handeln; dagegen sprachen die Aufhebung der Pupillarreaction auf Lichteinfall, die sich stets gleich bleibende absolute Blindheit, die hochgradige Ataxie der unteren Extremitäten bei dem Mangel jeglicher Muskellähmung, sowie die ausgesprochenen gastrischen Krisen. Bei der absoluten Blindheit kann es sich bezüglich der Gesichtstäuschungen weniger um Illusionen als vielmehr um Hallucinationen handeln. Für das Auftreten der Hallucinationen sind verantwortlich zu machen Autointoxication, wofür manche klinische Erscheinungen sprechen, und der Einfluss der Heredität.

Elzholz, Adolf, Acute Psychose, geheilt nach 13 Jahren. — Wiener medic. Wochenschrift No. 39.

Ein phantastisch angelegtes Mädchen glaubte sich Anfangs 1883, im Alter von 22 Jahren, beeinträchtigt, war sehr empfindlich, reizbar; März 1893 Aufnahme in eine Irrenanstalt; hier lebhafte Sinnestäuschungen mit Verfolgungs- und Grössenwahn; dabei sehr zornmüthig, streitsüchtig; zunehmend verwirrter, aggressiver, zuweilen geradezu tobsüchtig, ganz unzugänglich, auf alles nur mit läppisch-albernem Lachen reagirend. Dies monotone Krankheitsbild, das einem völligen Zerfall der psychischen Persönlichkeit der Kranken gleichkam, dauerte von Juni 1884 bis August 1895. Sie erkrankte dann an einer mit Fieber einhergehenden Eiterung, wahrscheinlich einem subphrenischen Abscess unbekannten Ursprungs. Mit Einsetzen des Fiebers wurde sie zugänglicher, freundlicher, orientirte sich, arbeitete; sie erholte sich psychisch so, dass sie Ende December entlassen werden konnte. Es besteht für die ganze Zeit der Anstaltsbehandlung Amnesie; intellectuell ist sie etwas geschwächt, leicht reizbar. Keine Krankheitseinsicht — also immerhin nur eine Heilung mit Defect. Hiernach von einer „acuten“ Psychose zu reden heisst doch den Begriff acut sehr weit ausdehnen. Der Fall erinnert sehr an die bekannte Mittheilung *Stenger*'s, wo eine ganz zweifellose Paranoia nach einer viermonatlichen

Eiterung infolge einer traumatischen Verletzung des Fussgelenks zur Heilung kam. Schliesslich weist Verf. noch auf die bekannten „psychiatrischen Heilbestrebungen“ von *v. Wagner* hin.

Lähr, Max, Eine Unfalls-Psychose. — Berliner klinische Wochenschrift No. 29.

Ein schwächlicher, relativ früh gealterter Mann erlitt im Alter von 54 Jahren einen Betriebsunfall (Contusion des Rückens und der rechten Schulter mit leichter Hautverletzung). Die nach einiger Zeit wieder aufgenommene Arbeit muss er wegen Schmerzen aufgeben; er wird für einen Simulanten erklärt, von einem anderen Gutachter für vollkommen erwerbsfähig. Es stellt sich eine hypochondrische Verstimmung ein (er werde immer magerer, die Haare fallen ihm aus, die Füsse schwellen an; dabei Hüsteln, das bei Ablenkung der Aufmerksamkeit verschwindet: die Rückgratsmilch gehe ihm in grossen Stücken ab). Auf dem Boden dieser Depression bildet sich ein ausgesprochener Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn aus; in der Berufsgenossenschaft, in den Aerzten sieht er seine Feinde; deren ihm nachtheilige Gutachten erklärt er für gefälscht: man wolle ihn vergiften; dabei exquisiter Mangel der Treue der Reproduction

Wenn auch das Vorhandensein einer vorzeitigen Senilität nicht zu leugnen ist, muss man doch den Unfall, die damit verbundene psychische Erregung, den Rechtsstreit, die Sorge um die Zukunft und die Furcht vor der eintretenden Noth, das Bewusstsein der ständigen Ueberwachung, auch den Mangel an Selbstbeherrschung als die Ursache der Geisteskrankheit ansehen; dementsprechend erkannte ihm *L.* eine Rente von $66^2/_3$ pCt. zu. Interessant ist der Fall deshalb, weil der Verletzte unverkennbar das Gepräge eines querulirenden Paranoikers trägt, und man muss sich eigentlich darüber wundern, dass derartige Fälle nicht häufiger als bisher beobachtet bezw. veröffentlicht sind.

Frend, Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen. — Neurologisches Centralblatt. XV. Jahrgang, No. 10.

Als Abwehr-Neuropsychosen hat Verf. eine Anzahl Psychosen zusammengefasst, denen als Charakteristicum gemeinschaftlich ist der Versuch, unangenehme Vorstellungen aus dem Bewusstsein zu verdrängen. Er rechnet hierher die Hysterie, welche er auf sexuelle Traumen in der Kindheit zurückführt; ferner die Zwangsneurose, bei der es sich auch um sexuelle Erlebnisse der Kindheit, aber, im Gegensatz zu den Passiven bei der Hysterie, um Active handelt. Er charakterisirt demnach die Zwangsvorstellungen dahin, dass sie jedesmal verwandelte, aus der Verdrängung wiederkehrende Vorwürfe sind, die immer auf eine sexuelle mit Lust ausgeführte Action aus der Kindheit sich beziehen; ferner gewisse Formen

der Paranoia, deren Hervorgehen aus der Verdrängung peinlicher Erinnerungen Verf. annimmt, und deren Symptome durch den Inhalt des Verdrängten bestimmt werden.

Planat, Troubles Moteurs précédant l'Articulation de la Parole chez un Dégéneré. — Archives de Neurologie Vol. II, No. X.

Es handelt sich um einen 19jährigen Menschen, der als Knabe von 12 Jahren irgend eine Flüssigkeit getrunken hatte, deren Natur nicht festgestellt ist, und der von dieser Zeit an stotterte und beim Sprechen Zuckungen bekam, die das Gesicht, dann den Kopf, Rücken, die Arme und selbst die Beine betrafen. Der Zustand ist seitdem derselbe geblieben. Man denkt bei der lebendigen Schilderung unwillkürlich an den Tic convulsif. Nach Ausschliessung des eigentlichen Stotterns, von Hysterie, Chorea etc. kommt Verf. zu der Ansicht, dass hier der Tic und das Stottern lediglich als Stigmata degenerationis anzusehen sind, die sich interessanter Weise hier in Gemeinschaft bei einem Individuum vorfinden, dessen Zugehörigkeit zu der grossen Gruppe der Degenerirten nach der vorliegenden Krankengeschichte nicht zu bezweifeln ist.

Schanz, Fritz, Die Betheiligung des Opticus bei der puerperalen Neuritis. — Deutsche medic. Wochenschrift No. 28.

Während des Lactationsgeschäftes entwickelte sich in Anschluss an eine starke körperliche Anstrengung eine Polyneuritis, die nacheinander alle vier Extremitäten ergriff und nach vierzehntägigem Bestehen unter den Symptomen einer Respirationslähmung zum Tode führte. Der Fall ist klinisch dadurch besonders interessant, als sich hier auch eine Neuritis des N. opticus vorfand, was bisher bei puerperaler Neuritis noch nicht beobachtet worden ist. Da man geneigt ist, die im Wochenbett auftretende Neuritis optica auf die in der Lactationsperiode sich bildenden giftigen Eiweisskörper zurückzuführen, vermuthet Verf. auch im vorliegenden Fall eine Autointoxication, und denkt einer Erwägung *Eulenburg*'s folgend besonders an das bei vermehrtem Eiweisszerfall im Körper entstehende Aceton, bezw. an die Acetessigsäure.

Donath, Jul., Ein Fall von Kleinhirnerkrankung mit Obductionsbefund. — Wiener medic. Wochenschrift No. 29 u. 30.

Verf. bringt eine ausführliche Schilderung eines Falles von Kleinhirntumor, berichtet dann kurz über die bekannten Thierversuche *Luciani*'s, die er in seinem Werke „Il cevelletto“ niedergelegt hat, und weist schliesslich die Uebereinstimmung der experimentellen Ergebnisse mit den Resultaten der menschlichen Pathologie nach. Die cerebellare Form der Ataxie ist zweifellos das wichtigste Symptom; wenn auch bei Sitz des Tumors im

Wurm eine Ataxie leichter zu Stande kommt, so ist eine nähere Localisation innerhalb des Kleinhirns auf Grund der klinischen Symptome vorläufig noch unmöglich. Zu verwerthen für die Diagnose auf einen Kleinhirntumor sind fernerhin noch besonders die Erscheinungen, die auf eine Betheiligung der benachbarten Hirnpartieen (Pons, Medulla, Hirnbasis) hinweisen, wie Schwindel, Erbrechen, schwere Ohnmachten u. dergl. mehr.

Lewy, Benno, Die Behandlung von Kopfschmerzen mit Methylenblau. — Berliner klin. Wochenschrift No. 45.

Auf Grund eigener Beobachtungen empfiehlt *L.* warm das Methylenblau bei angiospastischer Migräne, bei Neurasthenie und vor allem bei rein nervösem, nicht anderweitig bedingtem Kopfschmerz; hier wirkt es nicht nur symptomatisch, sondern es kann sogar definitive Heilung bringen. Er giebt das *Merck*'sche Präparat in der Dosis von 0,1 g und setzt dieselbe Menge gepulverter Muskatnuss zu, um entsprechend dem Vorschlage von *Ehrlich* so einer durch das Methylenblau bedingten Blasenreizung vorzubeugen; er giebt meist 4 Mal täglich 0,5, für gewöhnlich nicht mehr als 1,0 überhaupt. Unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet, abgesehen von dem einige Male sich einstellenden starken, aber nie schmerzhaften Urindrang und der dunkelblauen, seltener dunkelgrünen Färbung des Urins, die 1/2 Stunde nach der Einnahme des Mittels auftrat und 2 bis 8 Tage anhielt. Er erblickt in dem Methylenblau geradezu ein Specificum zur Bekämpfung des habituellen Kopfschmerzes, bei dem alle anderen Mittel erfolglos angewandt wurden.

Schindler, C., Zur Behandlung von Kopfschmerzen mit Methylenblau. — Berliner klin. Wochenschrift No. 46.

Verf. weist in der vorliegenden Arbeit darauf hin, dass schon vor *Löwy* *P. Guttmann* und er selbst die intensive, schmerzstillende Wirkung des Methylenblau beobachtet haben; besonders wurde betont, dass hiermit bei nervösem Kopfschmerz sowie bei Migräne die allerbesten, mit anderen Mitteln nicht zu erreichenden Erfolge erzielt wurden; auch bei frischer Ischias wurde es mit Nutzen angewandt. Mehrere Male fand *Sch.* eine individuelle Idiosyncrasie gegen das Methylenblau: zweimal wurde es erbrochen, in einem dritten Falle stellten sich Schwindel, Brechneigung, Parästhesieen in den Beinen ein; niemals traten gefahrdrohende Symptome auf; verschiedentlich hatte nur die erste Verabfolgung des Mittels unangenehme Nebenwirkungen. Auf die diuretische Wirkung des Methylenblau sei an dieser Stelle nur nebenbei hingewiesen. Die genauere Mittheilung findet sich in der anscheinend wenig beachteten Inauguraldissertation *Schindler*'s Berlin 1892 „Die Methylenblaubehandlung der Neuralgieen nach Beobachtungen in der inneren Abtheilung des Directors *P. Guttmann* im städtischen Krankenhause Moabit zu Berlin“.

Jolly, F., Ueber Pellotin als Schlafmittel. — Deutsche medicinische Wochenschrift No. 24.

Pellotin ist ein von der Firma *Böringer & Sohn* zu Waldhof bei Mannheim dargestelltes Präparat, ein Alcaloid, das aus Anhalonium Williamsii, einer in Mexico vorkommenden Cacteenart gewonnen wird; benutzt wird zu therapeutischen Zwecken das salzsaure Pellotin wegen seiner leichten Löslichkeit.

Jolly, der das Mittel an etwa 40 Kranken probirte, ist mit der Wirkung des Mittels zufrieden; in der Dosis von 4—6 cg gegeben, per os oder subcutan, rief es in den meisten Fällen innerhalb kurzer Zeit einen ein- bis mehrstündigen Schlaf hervor. Eine häufig beobachtete Nebenwirkung des Pellotin war die mehr oder minder beträchtliche Verlangsamung des Pulses, die indess nie zu unerwünschten Erscheinungen führte; einige wenige Kranken klagten über unangenehmes Brausen im Kopf, Schwindel und Wärmegefühl nach Einnahme des Mittels. Um so mehr glaubt *Jolly* zu weiteren Versuchen rathen zu dürfen, als es im Vergleich mit den anderen Schlafmitteln den grossen Vorzug besitzt, dass es dem Schlafbedürftigen subcutan einverleibt werden kann. (Indess beobachtete *Langstein* in Teplitz nach subcutaner Injection von 0,01 g bei einem Tabiker einen schweren Collaps, der unter der energischen Anwendung von Excitantien erst nach $^1/_2$ Stunde wich; das Herz war normal; Vorsicht erscheint demnach auch bei der Anwendung des Pellotin dringend geboten! Ref.)

Mering, J. von, Ist das Trional ein brauchbares Hypnoticum und besitzt es Vorzüge vor dem Sulfonal? — Therapeutische Monatshefte. August.

So grosse und unverkennbare Vorzüge vor dem früher einzigen Schlafmittel, dem Chloralhydrat, das Amylenhydrat und das Paraldehyd haben, die Gruppe der Sulfonkörper hatte ihnen doch den Rang abgelaufen, und aus ihr besonders das Trional, nachdem man mit der cumulirenden Wirkung des Sulfonal und dessen Einfluss auf den Stoffwechsel recht unangenehme Erfahrungen gemacht hatte. Die bisherigen Publicationen betonen als besonderen Vorzug des Trionals vor dem Sulfonal den rascheren Eintritt und schnelleres Abklingen seiner Wirkung, sowie den zuverlässigen, sicheren Effect. Hiermit stimmen auch die eigenen Erfahrungen des Autors überein; dadurch, dass die Tagesdosis nie 1,5 g überstieg, vermied er unangenehme Nebenwirkungen.

Doch begnügte sich hiermit Verf. nicht; er theilt noch von 16 weiteren Aerzten die Erfahrungen mit, die diese mit dem Trional gemacht haben, zum Theil in recht ausführlicher Weise; bis auf einen ziehen es alle dem Sulfonal vor. Auf Grund der gesammten Literatur kommt dann Verf. zu dem Schluss, dass das Trional ein vorzügliches, ja zur Zeit unübertroffenes

Schlafmittel ist, das prompt wirkt bei einfacher Agrypnie, Neurasthenie und bei leichter psychischer Erregung: bei der durch Schmerzen bedingten Schlaflosigkeit empfiehlt sich die Combination mit Morphium; wichtig ist es, die Dosis nicht zu hoch zu nehmen und es des häufigeren auszusetzen.

Eigene Untersuchungen des Verf. führten zu dem Resultat, dass das Trional, selbst in grösseren Mengen gegeben, keine Zunahme des Ammoniaks im Harn hervorruft, dass eine bemerkenswerthe Säureproduction somit nicht zu constatiren ist; damit wird denn auch die Annahme hinfällig, dass die Hämatoporphyrinurie auf eine Säurewirkung zurückzuführen sei. Weder bei Hunden noch bei Kaninchen konnte er durch Darreichung von Trional, selbst nicht bei Anwendung hoher Dosen, Hämatoporphyrinurie erzeugen, auch dann nicht, wenn er die Ernährung herabsetzte und den Thieren zudem noch Salzsäure, Schwefelsäure gab. Hämatoporphyrinurie kann man somit kaum noch als eine directe Folgeerscheinung der Sulfonal- oder Trionaldarreichung ansehen; es müssen eben noch andere Factoren mitwirken: begünstigend wirkt auf den Eintritt ein schlechter Ernährungszustand. Dieser ist indess keine Folge des Arzneimittels, da durch dessen Verabfolgung bei hinreichender Nahrungszufuhr der Eiweissumsatz nicht beeinflusst wird. Bei dieser Gelegenheit weist Verf. noch darauf hin, dass die Sulfone in diesem Punkte eine Mittelstellung zwischen Chloralhydrat und Amylenhydrat einnehmen, indem ersteres den Eiweisszerfall steigert, letzteres ihn aber vermindert. Ebensowenig wird auch die Athmung durch die Einnahme von Sulfonen wesentlich beeinflusst. Dass Hämatoporphyrinurie nach Sulfonal eher auftritt als nach Trional, erscheint bewiesen. Trotz alledem ist das Trional kein ideales Schlafmittel — ein solches giebt es überhaupt nicht.

Hennig, Arthur, Ueber Trional. — Wiener medicinische Presse No. 46, 47.

In vorliegender Arbeit schildert Verf. an der Hand eigener Erfahrung und mit Berücksichtigung der bereits recht angeschwollenen Literatur die bekannten Wirkungen des Trionals, sowohl die erwünschten wie die unerwünschten; auch er kann nicht umhin, dem Trional unter den heutigen Schlafmitteln den ersten Platz einzuräumen.

Schulz, Richard, Chronische Sulfonalvergiftung mit tödtlichem Ausgange (Hämatoporphyrinurie). — Neurologisches Centralblatt No. 19.

Eine „etwas wunderliche“, seit Jahren an Obstipation leidende 59jährige Frau erkrankte Ende 1895 an Angstzuständen und Schlaflosigkeit, weshalb sie Trional und Sulfonal bekam; nebenher bestand hochgradige Verstopfung, lautes Aufstossen, grosser Durst, Leibschneiden, Erbrechen grünlicher Massen; man dachte an Hysterie bezw. an eine beginnende

Psychose. Am 5. Mai 1896 wurde sie im Krankenhause aufgenommen: vollständige Appetitlosigkeit und Verstopfung, grosse Unruhe, Schlaflosigkeit, heftige Leib- und Rückenschmerzen, lautes Aufstossen, Acetongeruch, Durstgefühl; Urin spärlich, eiweissfrei, giebt Diazoreaction; später Klage über taubes Gefühl am Leib und an den Extremitäten; dann Anästhesie am Leib und an den Beinen; die Patellarreflexe werden träge, verschwinden ganz, Blasenlähmung bei erhaltenem Bewusstsein; der Urin von der Farbe des rothen Assmannshäuser oder Portwein; während einer anscheinenden Besserung stirbt Patientin plötzlich am 19. Mai Morgens auf dem Closet. Die Section musste unterbleiben.

Die Kranke hatte im Ganzen 3 Mal Trional in der üblichen Dosis, sowie 16 g Sulfonal im Laufe eines Monats erhalten, während des ganzen Anstaltsaufenthalts nur 1,5 g. Erst in den letzten Tagen der Krankheit führte die abnorme Farbe des Urins und sein darauf hin gefundener Hämatoporphyringehalt auf die richtige Diagnose: bis dahin hatte man nur an schwere Hysterie gedacht. Trotz des Mangels an Eiweiss im Urin vermuthet Verf. in Hinsicht auf den Gehalt des Harns an Cylinderbruchstücken, ausgelaugten rothen Blutkörperchen, sowie weissen Blutkörperchen eine toxische Nephritis, wofür auch von anderer Seite erhobene Sectionsbefunde sprechen. Auffallen muss im vorliegenden Falle sicherlich die deletäre Wirkung der geringen Menge Sulfonal, von dem nicht einmal 20 g verabfolgt sind; aber erklärt kann sie werden einmal durch den sehr mässigen Ernährungszustand der Kranken und dann durch die schon seit langer Zeit bestehende Obstipation, die durch das Sulfonal weiterhin verschlimmert, den Eintritt einer Intoxication entschieden begünstigte!

Gierlich, N., Beitrag zur Casuistik der chronischen Trionalvergiftung. — Neurolog. Centralblatt No. 17.

Bei einem 44jährigen Morphinisten, der als Brauereibesitzer früher viel Bier getrunken hatte, stellte sich Schlaflosigkeit ein, die durch Trional mit Erfolg bekämpft wurde; vom 7. October bis 2. December 1895 nahm er allabendlich neben dem gewohnten Morphium 1,5 g, im Ganzen mithin 84 g Trional. Mitte November stellte sich eine leichte Veränderung in seinem Wesen ein: das Arbeiten ging ihm langsamer von der Hand, ebenso war das Sprechen und Schreiben erschwert; dabei war er leicht gerührt. 31. November zeigte er einen taumelnden Gang, sowie Tremor der Zunge, Hände und Füsse beim Vorstrecken; die Sprache war langsam, schleppend, mit Versetzen von Buchstaben und Silben; ebenso auch die Schrift verändert, zittrig, ausfahrend, mit Auslassen von Buchstaben, oft geradezu nicht zu entziffern. Klage über Hitze und Druck auf dem Schädel, Flimmern vor den Augen und Sausen im Ohr, stark deprimirte Stimmung; der Kranke glaubte, es gehe mit ihm zu Ende, wollte sich daher erschiessen; zwischendurch ganz plötzlich, ohne Anlass ausfahrend

und maasslos heftig gegen seine Frau und seine Umgebung, schwaches Gedächtniss, zeitlich und örtlich unorientirt, unrein. 2. December 1895 wurde das Trional ausgesetzt und statt der bisherigen Morphiumdosis von 0,03 g von jetzt ab 0,05 g Abends gegeben; darnach baldige Besserung der Stimmung des Kranken, sowie der anderen Symptome bis zur völligen Genesung, die nach 5 Wochen eintrat; nach 14. December allmähliche Entziehung des Morphiums bis zur völligen Entwöhnung. Für die letzten beiden Tage des Trionalgebrauchs, besonders für einzelne heftige Scenen mit seiner Frau und seinem Arzte, besteht völlige Amnesie.

So sehr das beschriebene Krankheitsbild dem der progressiven Paralyse glich, so sprach doch gegen diese Diagnose die klare Krankheitseinsicht und die daraus resultirende traurige Stimmung des Patienten, die bei der Paralyse doch nur höchst selten ständig anhält; umsomehr musste sie im vorliegenden Falle, der der bekannten Beobachtung von *Hecker* sehr ähnelt, auffallen, als der Kranke doch sonst bereits den Eindruck eines ziemlich vorgeschrittenen Paralytikers machte.

Verf. denkt bei dem Zustandekommen der Trionalvergiftung weniger an eine toxische Beeinflussung der Gehirnzellen, zumal des Trional cumulirende Wirkung nach *Morro*'s Untersuchungen ausgeschlossen erscheint. — Auch fehlte Hämatoporphyrinurie; er glaube, sich den Vorgang vielmehr so vorstellen zu können, dass die durch das Trional in den Ganglienzellen gesetzten Folgezustände durch die lange Dauer seiner Einverleibung in Permanenz erklärt sind.

Agostini, C., Trional bei Geisteskranken. — Il Manicomio. 1895. No. 2—3.

A. prüfte die Wirkungen des Trionals (1—2 g) an gesunden Personen und fand, dass es keinerlei schädlichen Einfluss auf Circulations-, Athmungs- und Verdauungsorgane selbst bei längerem Gebrauch habe. Bei Geisteskranken zeigte es starke schlaferzeugende, dagegen weder schmerzstillende noch beruhigende Wirkung. Manchmal verminderten sich nach Trionalgebrauch die nächtlichen epileptischen Anfälle.

Richard Snell-Hildesheim.

Villers, Beitrag zur Anwendung des Trionals. — Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique No. 82.

Die sichere und gefahrlose Wirkung des Trionals in Gaben von 0,5 bis 1 g in warmer Milch gegen Schlaflosigkeit bei Altersblödsinnigen wird sehr gelobt, dagegen war Trional erfolglos bei Delirium tremens und Paralyse. *Otto Snell.*

Daman, P. J., Note sur l'emploi de la paraldéhyde comme soporifique dans la pratique des aliénés. — Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. Juin. No. 81.

Eine begeisterte Lobrede auf das Paraldehyd, dem Verf. einen der ersten Plätze unter den Schlafmitteln eingeräumt wissen möchte; vor allem hebt er hervor den Mangel von schädlichen Nebenwirkungen; es wirkt weder auf das Herz noch auf die Verdauungsorgane oder die Haut in einer unerwünschten oder gar gefahrdrohenden Weise. Nach einem meist ruhigen, traumlosen Schlaf wacht der Kranke erfrischt auf, ohne Kopfschmerzen oder sonstige Beschwerden; die Wirkung tritt ziemlich sicher ein und erlischt auch nicht im Laufe der Zeit in Folge von Angewöhnung an das Mittel. Unangenehm sind ja allerdings, wie sattsam bekannt ist, sein Geruch und sein Geschmack; dennoch verweigerten es nur zwei seiner Patienten, andere nahmen es sogar sehr gerne, offenbar weil es an gewisse alkoholische Getränke erinnert. Bei grossem Widerwillen gegen seinen Geschmack liess Verf. seine Kranken, während sie das Mittel zu sich nahmen, die Nase zuhalten oder gab es per clysma (als Emulsion mit Eigelb oder Gummi). Per os giebt es Verf. in Verbindung mit R. aur. simpl. (Paraldehyd 4,0, Tinct. aur. simpl. 6,0, Aq. font. 50,0, Sacch. alb. 5,0) oder auch mit Tinct. vanill. (Parald. 16,0, Alkohol (90°) 48,0, Tinct. vanill. 2,0, Aq. 30,0, Sirup simpl. 60,0, 1—2 Esslöffel). *Lallier* räth, in der letzten Verordnung die Tinct. vanill. durch eine gleich grosse Menge Nelkentinctur zu ersetzen, weil diese noch besser und für längere Zeit den Geruch und den Geschmack des Paraldehyd verdeckt. Es subcutan dem Organismus einzuverleiben, wie das *Kéraval* wollte, empfiehlt sich nicht wegen der zu grossen, damit verbundenen Schmerzen und der Nothwendigkeit, es in grösserer Menge zu geben. Die Dosis, die übrigens Verf. gab, betrug 5—10—15 g; meist allerdings kam er mit 4 g aus.

Fronda, R., Warme Wasserclystire bei Erregungszuständen Geisteskranker. — Il Manicomio. 1895. No. 2—3.

F. behandelte in 30 Fällen Erregungszustände von Geisteskranken, meistens Epileptikern, mit Clystiren von 40° C. Eine beruhigende Wirkung zeigte sich fast immer, besonders in den Fällen, in welchen eine Gehirnhyperämie anzunehmen war. *Richard Snell*-Hildesheim.

Woods, John, Behandlung durch Suggestion mit und ohne Hypnose. — The Journal of mental science. April.

Woods giebt seine Resultate einer vierjährigen Praxis. Er bezeichnet seine Erfolge als gut bei Chorea und anderen spastischen Erkrankungen, bei Neuralgie, namentlich des Trigeminus, und Ischias, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Rheumatismus, Podagra, Asthma, Palpitation, nervöser Dyspepsie,

chronischem Alcoholismus, mehreren Sorten von Geisteskrankheiten, namentlich Melancholie. Einige Fälle führt er des Weiteren aus. So führt er ein 16jähriges Mädchen vor, das seit zwei Jahren an Athetose der rechten Hand litt. Nach mehrwöchentlicher Behandlung, d. h. nach meist täglichem hypnotischen kurzen Schlaf Heilung. Die beigefügten Schriftproben sprechen nicht dagegen.

Die Resultate folgen dann auf Tafeln zusammengruppirt.

1. Chronischer Alcoholismus 26 Fälle, davon 21 geheilt oder doch wesentlich gebessert, — selbst nach längerer Zeit noch ohne Rückfall.

2. Neuralgie (Sciatica) 10 Fälle, 6 geheilt.

3. Geisteskrankheiten 15 Fälle, darunter 10 Mal Melancholie von $1^1/_2$ bis 18 Monaten Dauer! 9 Mal wesentliche Besserung nach 1—7 Hypnosen. Von 4 Manien von 4—10 Monaten Dauer 3 geheilt, 1 nur vorübergehend gebessert. 1 Dementia von einigen Jahren Dauer — nicht gebessert, trotz mehrfacher Hypnosen!

4. Gicht 7 Fälle, 6 gebessert.

5. Kopfschmerzen von meist jahrelanger Dauer 22 Fälle, davon 20 gebessert.

Es folgen dann Dyspepsie, Rheumatismus, Arthritis, Lumbago etc.

9. Epilepsie 14 Fälle; Hypnose höchstens von sehr kurzem Erfolg, meistens überhaupt negativ.

10. Chorea 21 Fälle, 16 geheilt oder doch wesentlich gebessert.

Ebenso gut sind die Resultate bei Insomnie, locomotorischer Ataxie, Schreibkrampf, Torticollis, Pianistenkrampf, Delirium tremens, Masturbation, Bettnässen etc. etc.

Navrátil, Die Elemente der psychischen Therapie. — Wien. Verlag von Josef Šafár. 1896. 38 Seiten.

Für einen Arzt, der erfolgreich die psychische Therapie ausüben will, verlangt Verf. eingehende Kenntniss der Philosophie, Psychologie und der Geschichte der Medicin. Besonderes Gewicht legt er aber auf die richtige Art und Weise, mit den Kranken zu verkehren, und giebt hierfür eine Reihe schätzenswerther Vorschriften. Den Hypnotismus will er als Heilmittel nicht gelten lassen, da seine Anwendung eine dauernde Gesundheitsschädigung herbeiführe und die durch ihn erzielten Erfolge sich auch auf andere Weise erreichen liessen. *Schlüter.*

Stadelmann, Der Psychotherapeut. — Verlag der Stahl'schen K. B. Hof- und Universitäts-Buch- und Kunsthandlung. Würzburg. 1896. 228 Seiten.

Verf. beschäftigt sich lediglich mit der Suggestionstherapie. — In den einleitenden „bio-psychologischen“ Betrachtungen (S. 1—19) kommt er zu dem Resultat, dass Entstehung und Heilung von Krankheiten „ursprüng-

lich auf eine im Bewusstsein erzeugte Vorstellung zurückzuführen ist" und eröffnet damit der psychischen Behandlung einen ausserordentlichen Spielraum.

Zu seinem Thema übergehend setzt Verf. zunächst auseinander, auf welche Weise die mächtige Wirkung der Suggestion zu Stande kommt und beschreibt seine im Wesentlichen dem Verfahren der Nancy-Schule entsprechenden Methode des Hypnotisirens (S. 20—39). Fast den ganzen übrigen Raum des Buches nehmen 87 mehr oder weniger ausführliche Krankengeschichten ein mit daran geknüpften Erläuterungen, in welchen das Charakteristische jedes Falles eingehend erörtert wird. Auf diese Weise bekommen wir, da es sich um die verschiedensten Arten von Erkrankungen handelt, ein sehr vollständiges Bild von dem Wesen der Suggestionstherapie. Ob ihre Anwendung in der That so ganz unbedenklich ist, wie Verf. glaubt, mag dahingestellt bleiben, jedenfalls sehen wir aus dem vorliegenden Buche, dass sie, von einem Sachkundigen ausgeführt, Hervorragendes zu leisten vermag. *Schlüter.*

---

7. Paralyse und Geistesstörungen mit Syphilis.

Ref.: Kirn-Freiburg.

Ilberg (Sonnenstein), Die Dementia paralytica. — Sammlung klinischer Vorträge. No. 168. November 1896. Leipzig. Breitkopf u. Härtel.

Gute Darstellung der Dementia paralytica für den praktischen Arzt, namentlich ihre Symptomatologie, pathologische Anatomie, Aetiologie und Therapie. Enthält für den Fachmann nichts Neues.

Phelps (Rochester Stats Hospital), Einhundert Fälle allgemeiner Paralyse. — The American Journal of Insanity. Juli.

Verf. stützt seine Mittheilungen auf 100 Beobachtungen. Von diesen paralytischen Kranken sind 83 gestorben, 9 noch unter Beobachtung und 8 aus der Anstalt entlassen.

Nur bei 90 Fällen war die Diagnose alsbald bei der Aufnahme zu stellen, in den übrigen 10 Fällen war das Symptomenbild längere Zeit zweifelhaft.

Verf. theilt eine grössere Zahl von Krankengeschichten im Auszug mit und lenkt die Aufmerksamkeit auf mancherlei diagnostische Schwierig-

keiten im Krankheitsbeginn. Verwechslungen kommen vor mit Alkohol-Paralyse, Dementia senilis, Mania chronica, Dementia simplex, Psychosis neurasthenica, Psychosis hysterica, Dementia epileptica und Melancholia hypochondriaca. In manchen Fällen von chronischem Abusus von Tabak oder Thee sollen auch nach des Verf. Beobachtungen der allgemeinen Paralyse ähnliche Krankheitsbilder auftreten.

Der Gesammtcharakter der beobachteten 100 Fälle war mehr atypisch als typisch. Selten waren alle charakteristischen Erscheinungen gleichzeitig zugegen. Demnach werden wir stets die Diagnose auf allgemeine Paralyse stellen, sobald wir eine progressive allgemeine Störung der corticalen Bahnen erkannt haben.

Bezüglich der Ursachen spielt gewiss die Syphilis eine hervorragende Rolle, doch muss wohl ausser ihr noch eine gewisse Prädisposition angenommen werden, die aber nicht ererbt sein muss. Geistige Ueberarbeitung konnte bei den beobachteten Kranken nur selten nachgewiesen werden.

Von den 100 Fällen betrafen 14 Frauen, diese Proportion beruht wohl auf den verschiedenen Chancen der syphilitischen Infection bei beiden Geschlechtern.

Im Allgemeinen ergiebt sich aus den Zahlen der Aufnahme eine Zunahme der Paralytiker; die häufigsten Fälle beginnen zwischen 40 und 45 Jahren, neuerdings aber auch öfter in jüngeren Jahren.

Weitere Mittheilungen über paralytische Anfälle über das Verhalten der Patellarreflexe u. a. m. bringen nichts Neues.

Neff (Eastern Michigan Asylum), Eine Betrachtung über 368 Fälle allgemeiner Paralyse. — The American Journal of Insanity. Juli.

Verf. theilt uns hier die Statistik der während 17 Jahren in obige Anstalt aufgenommenen Fälle allgemeiner Paralyse mit.

Von den aufgenommenen 368 Fällen starben 231 (63 pCt.), wurden gebessert 48 (13 pCt.), blieben ungebessert 32 (9 pCt.), waren noch in der Anstalt 57 (15 pCt.).

Hiervon waren männlich 316 (86 pCt.) und weiblich 52 (14 pCt.). Während der letzten 3 Jahre hat die Zahl der aufgenommenen weiblichen Paralytiker erheblich zugenommen.

Unter der Gesammtzahl der Aufgenommenen fanden sich 8,3 pCt. Paralytische.

Der Tod ist eingetreten bei 32 pCt. durch apoplektische, bei 19 pCt. durch epileptische Anfälle, bei 4 pCt. durch Pneumonie, bei 30 pCt. durch einfache Erschöpfung, bei 15 pCt. durch Erschöpfung in Folge von Complicationen (Aufregung, Decubitus, Enteritis, Gangrän, Bright'sche Krankheit, Darmstörungen, Erysipel, Phthisis, Herzleiden).

Krankheitsursachen: Syphilis in 42 pCt., Potus in 31 pCt., Syphilis und Potus in 7 pCt., geistige Ursachen in 10 pCt., Trauma in 4 pCt.,

Sonnenstich in 0,26 pCt., allgemeine Schwäche in 10 pCt., sexuelle Excesse in 2 pCt., unbekannt in 9 pCt.

Unter den Frauen war bei 55 pCt. vorausgegangene Syphilis notorisch.

Ererbte Prädisposition nur in 23 pCt. der Fälle nachweisbar.

Verheirathet 71 pCt., ledig 17 pCt., verwittwet 8 pCt., geschieden 2 pCt.

Krankheitsbeginn in den meisten Fällen zwischen dem 30. und 45. Lebensjahre.

Symptomatologie: Die zusammenfassende und vergleichende Darstellung bringt nur Bekanntes.

Mittheilung einiger interessanter Krankheitsfälle traumatischen Ursprungs mit beweisendem anatomischen Befunde.

Vaughan, Einige Beobachtungen über die allgemeine Paralyse bei den Negern. — International. Medical. Magazine. März 1895.

Wenn die Negerrasse früher von der allgemeinen Paralyse verschont war, so hat sich dies seit den letzten Jahrzehnten geändert, während welcher eine progressive Zunahme dieses Leidens bei ihnen festgestellt werden kann.

In den 9 Jahren von 1886 bis 1894 wurden im Ganzen in die Irrenanstalt zu Tusoaloosa (Alabama) 690 geisteskranke Neger aufgenommen. In den Jahren 1886 bis 1888 war von den 148 aufgenommenen Negern keiner paralytisch, 1889 bis 1891 1 unter 259, 1892 bis 1894 8 unter 287.

Offenbar liegt die Ursache dieser Thatsache in der Veränderung der Lebensverhältnisse, die sich bei den Negern vollzogen hat. Die Aufhebung der Sklaverei in Amerika machte den Neger zwar frei, brachte ihm aber dafür die Nachtheile des Kampfes ums Dasein, denen die Constitution der Schwarzen nicht gewachsen war. Der Beweis hierfür liegt in der Zunahme der psychischen und somatischen Entartung während der letzten 30 Jahre, sowie in der Zunahme der Verbrecher und Geisteskranken. Dazu kam das Alkohol- und Syphilis-Gift.

In klinischer Hinsicht unterscheidet sich die progressive Paralyse der Neger nicht von der der Weissen.

Unter den 8 eingehend mitgetheilten Fällen litten 2 an der tabischen Paralyse, — beide syphilitisch inficirte Frauen. Die anderen 6 Fälle waren spastischer Natur. Bei 3 von diesen lagen die Ursachen in Trauma capitis, Alcoholismus und geschäftlicher Ueberbürdung. Bei den 3 letzten konnte ein causales Moment nicht aufgefunden werden. In allen Fällen bestanden Anarthrien, bei 2 epileptiforme, bei 2 apoplektiforme Anfälle; Pupillenstarre war in zwei Drittel der Fälle festzustellen.

Stewart (Glamorgan County Asylum), Die Zunahme der allgemeinen Paralyse in England und Wales: Ihre Verursachung und Bedeutung. — Journal of mental science. October.

Die Irren haben in England und Wales im letzten Jahrzehnt um 15 pCt., die Gesammtbevölkerung dagegen nur um 11 pCt. zugenommen. Im vorletzten Quinquennium wurden von 10000 Einwohnern 3,3, im letzten 3,7 in Irrenanstalten aufgenommen. Dies Plus ist aber nur ein scheinbares und hängt theils von einer genaueren Registrirung, theils von einer weiteren Fassung des Begriffes „Irresein“ ab.

Dagegen hat zweifellos die Allgemeine Paralyse zugenommen, welche reichlich 9 pCt. der Aufnahmen beträgt und in 15 Jahren um etwa 1 pCt. gestiegen ist.

Die Zunahme war bei den Männern etwas grösser als bei den Frauen, bei den besseren Ständen etwas höher als bei den niederen, letzteres aber nur bei den Männern. Die Zunahme erstreckt sich zugleich mehr auf das frühere Lebensalter. Unter den Männern überwiegen die Verheiratheten, unter den Frauen die Wittwen. Die Aufnahmen aus den grossen Städten haben zu-, die vom flachen Lande abgenommen; die Zunahme war am grössten in den Handels- und Seeplätzen, in denen gleichzeitig Trunksucht herrscht.

Unter den angegebenen Ursachen, welche die Vermehrung der allgemeinen Paralyse verursacht haben sollen, werden am meisten betont: moralische Ursachen, Alcoholismus, sexuelle Excesse, Geschlechtskrankheiten. Erbliche Einflüsse kommen dagegen wenig in Betracht.

Verf. sieht mit Recht in der Zunahme dieser unheilbaren Erkrankung und in ihrem Auftreten im jüngeren Lebensalter eine ernste Gefährdung der ganzen Rasse. Da die Therapie der ausgesprochenen Krankheit gegenüber machtlos ist, können nur prophylaktische Maassregeln in Betracht kommen.

Die fleissige Arbeit wird auf zahlreiche, der Anstaltsstatistik entnommene Tabellen gestützt.

Sullivan, William C. (Richmond Asylum, Dublin), Mittheilung eines Falles allgemeiner Paralyse mit auffälligen sensorischen Symptomen. — The Journal of mental science. Juli.

Armee-Pensionär von 36 Jahren, vor 10 Jahren syphilitisch, später verheirathet und Vater von zwei gesunden Kindern. Vor mehreren Jahren Convulsionen, welche als idiopathische Epilepsie aufgefasst wurden. 1892 in das Asyl aufgenommen mit Tremor linguae, Articulationsstörung, gesteigerten Patellar-Reflexen. Mässige Exaltation, keine Megalomanie. Im April 1892: Anfälle von Petit mal, denen jeweils peinliche Schmerzen in den unteren Extremitäten vorausgingen, welche er auf ihm von seinen Verfolgern beigebrachtes Gift bezog. Nach den Anfällen kehrte die Euphorie wieder: „Der liebe Gott sei gekommen und habe ihn geheilt“. Später kamen schwerere paralytische Anfälle mit Aphasie und paretischen Zuständen. Im November litt er an einem intensiven congestiven Anfall

mit linksseitiger Hemiparese. Er gerieth dabei in heftige schreckhafte Aufregung und schrie wüthend: „Nehmt die grosse Schlange weg, die meinen Arm zernagt!“ Später Anästhesie des Armes.

Tod an Herzlähmung im Januar 1893.

Verf. betont in seiner Epikrise, dass die sensiblen Störungen in der Paralyse nur selten eine so hervorragende Rolle wie hier spielen und dabei die Stimmung so mächtig beeinflussen. Die Gliederschmerzen werden bald auf Gift, bald auf Schlangenbiss zurückgeführt und gehen Hand in Hand mit verzweifelter Stimmung; das Wohlgefühl nach den Anfällen wird auf Gottes directes Eingreifen bezogen und führt zu heiterer Exaltation.

Worcester (Danvers Lunatic Hospital), Ein Fall von Dementia paralytica von langer Dauer. — American Journal of Insanity. Januar.

Ganz oberflächliche Mittheilung! Es soll sich um einen Fall handeln, in dem sich nach langjährigem Bestehen einer anderen Störung „Dementia paralytica“ entwickelte, welche nach weiteren 14 Jahren zum Tode führte. Die Controle des fragwürdigen Falles durch die Autopsie fehlt.

Neudörffer, Dementia paralytica, Tod durch Suffocation, Etat criblé, cystöse Degeneration, Meningitis tuberculosa.

Patient, welcher im Leben die bekannten Erscheinungen der allgemeinen Paralyse geboten hatte, ging dadurch an Erstickung zu Grunde, dass grössere Speisemengen in den Kehlkopf geriethen, eine bei Paralytikern nicht ganz seltene Todesart.

Die Section ergab die bekannten paralytischen Veränderungen, Etat criblé und cystöse Entartung des Gehirns (genaue Darstellung des Befundes). Ausserdem fand sich aber eine mässig ausgedehnte Miliar-Tuberculose der zarten Hirnhaut, die intra vitam nicht diagnosticirt worden war. Nachträglich werden nun hier kurze psychische Erscheinungen, welche sich gegen das Lebensende eingestellt hatten, auf die post mortem gefundene Meningeal-Tuberculose bezogen.

Hyslop (Bethlehem Royal Hospital), Paralysis pseudo-generalis. — The Journal of mental science. April.

Verf. will durch seine Erörterungen Klarheit in den vagen Begriff der Pseudo-Paralyse bringen. Nicht alle Fälle von Psychose mit Lähmung gehören der allgemeinen Paralyse an. Die echte Paralyse stellt ein bestimmtes typisches Bild dar; sie ist allgemein, progressiv und endet letal. Sie ist eine wohl charakterisirte Gehirnkrankheit, ausgezeichnet durch gleichzeitige Störungen der Motilität (Ataxie, Paresen, Sprachstörung) und der Psyche (einfache Dementia oder solche in Verbindung mit Exaltation

und Grössenwahn) in bestimmter Entwicklung, sowie durch organische Veränderungen im Gehirn und seinen Häuten, oft zugleich im Rückenmark, mitunter auch in den sympathischen Ganglien. Die echte allgemeine Paralyse führt zur fortschreitenden Lähmung aller geistigen und körperlichen Functionen bis zur completen Demenz und körperlichen Hinfälligkeit. Sie stellt sich anatomisch dar als chronische Meningo-Myelo-Encephalitis.

Die Krankheitsformen, welche man als Pseudo-Paralysen bezeichnet hat, zeigen klinisch sowohl als anatomisch mehr oder weniger abweichende Bilder:

Die alkoholische Pseudo-Paralyse zeigt keine progressive Demenz, sondern mehr vorübergehende Verwirrtheit, zahlreiche Anfälle mit Besserung bis Heilung; erst nach vielen Rückfällen schliesslich Verblödung.

Die saturnine Pseudo-Paralyse beginnt rasch mit Lähmungen höheren Grades in Verbindung mit spasmotischen Zuständen und unverständlicher Sprache. Es stellt sich psychische Depression ein, welche rasch zu tiefer Störung des Bewusstseins führt. Sie ist heilbar.

Pseudo-paralytische Zustände können sich weiter einstellen im Gefolge von fieberhaften Erkrankungen, namentlich von Typhus, Variola, Scarlatina, Cholera, Diphtherie, Influenza, Malaria. Es besteht dann allerdings Geistesstörung und Lähmung, aber die psychischen Symptome sind sehr wechselvoll, die Lähmungen nicht allgemein, sondern localisirt.

Syphilis des Gehirns und seiner Häute, namentlich auch seiner Gefässe, vermöge ein der allgemeinen Paralyse ähnliches Bild zu erzeugen. Die Symptome sind aber hier weit grösserem Wechsel unterworfen, die Lähmungen mehr localisirt. Besserung und Heilung können eintreten.

Apoplektische Dementia zeigt zumeist Hemiplegie, Dementia in Folge intracranieller Tumoren localisirte Herdsymptome. Dementia senilis tritt in höherem Lebensalter auf.

Die ausschlaggebende Unterscheidung zwischen echter allgemeiner Paralyse und Pseudo-Paralyse liegt im progressiven Verlaufe, in der durchaus ungünstigen Prognose und dem charakteristischen anatomischen Befunde.

Schaefer (Langenhorn), Ein genesener Paralytiker.

Diese Zeitschrift Band 53, p. 786.

Kaes (Hamburg), Statistische Betrachtung über die Anomalien der psychischen Functionen bei der allgemeinen Paralyse.

Diese Zeitschrift Band 53, Heft 1, p. 79.

Heilbronner (Breslau), Rindenbefunde bei progressiver Paralyse.

Diese Zeitschrift Band 53, Heft 1, p. 172.

Giannelli (Rom), Ueber die Pseudo-Syringomyelie und die Syringomyelie bei der progressiven Paralyse. — Rivista sperimentale di Freniatria. Vol. XXII, Heft 1.

Da bisher nur spärliche Veröffentlichungen über die Verbindung der Syringomyelie mit der progressiven Paralyse vorliegen, ist es dankenswerth, dass Verf. 4 neue, genau mikroskopisch untersuchte Fälle hier mittheilt.

Die interessante Arbeit, welche unter Verwerthung der bekannten Literatur sehr eingehend die Entwicklung der Syringomyelie und ihr Verhältniss zu den spinalen und bulbären Veränderungen der progressiven Paralyse bei den untersuchten Fällen mit vielen anatomischen Details schildert und daraus entsprechende Schlüsse ableitet, eignet sich nicht zur Wiedergabe im Auszug, muss vielmehr im Originale nachgelesen werden.

Der Arbeit ist eine Tafel mit 5 Abbildungen beigegeben.

Tirelli (Collegno), Ueber Gegenwart und Bedeutung gewisser mitotischer Formen in den Intervertebral-Ganglien der Paralytiker. Annali di Freniatria. April. Vol. VI, Heft 1.

Kurze Mittheilung anatomischer und histologischer Untersuchungen und daraus abgeleitete Schlüsse, die sich nicht zum Referat eignen.

Verf. hat, wie er mittheilt, seine Untersuchungen eingehend im Archivio di Psichiatria, Science Penali e Antropologia, Vol. XVII, Fasc. 1 veröffentlicht.

Hoche (Strassburg), Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. — Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Bd. I, Heft 1. K. Marhold, Halle 1896.

Verf. giebt hier in dem ersten Aufsatze eines neu begründeten Unternehmens in einer klaren, dem praktischen Arzt verständlichen Form eine anschauliche Darstellung der Frühdiagnose der progressiven Paralyse mit wesentlicher Beschränkung auf die praktisch wichtigen Gesichtspunkte. Er beginnt mit den wichtigsten allgemeinen Erörterungen:

Das klinische Krankheitsbild der Paralyse charakterisirt sich durch das coordinirte Auftreten von progressivem Verfall der Verstandeskräfte und von zahlreichen motorischen und sensiblen Reizungs- und Ausfallserscheinungen in fast allen Abschnitten des Nervensystems. Die Paralyse ist unheilbar und verläuft zumeist in wenig Jahren zum Tode. Ihre anatomische Grundlage bildet ein chronischer, wahrscheinlich primärer Schwund der nervösen Elemente, der sich in ungleichmässiger Weise auf Gehirn, Rückenmark und peripheres Nervensystem vertheilt.

Der reine progressive Schwachsinn kann bis zum Ende das hauptsächlich hervortretende psychische Symptom bilden; in anderen Fällen bestehen gleichzeitig lebhafte Stimmungs-Anomalien im Sinne der gehobenen oder deprimirten Gemüthslage mit entsprechenden Wahnideen zumeist in Verbindung mit psychischen Erregungszuständen. Hierzu kommen die verschiedenartig gestalteten paralytischen Anfälle, sowie die paralytischen Veränderungen von Sprache und Schrift und die motorischen Störungen der Extremitäten.

So leicht nun die Diagnose eines ausgebildeten Falles von Paralyse im Allgemeinen ist, ebenso schwierig kann dieselbe im Prodromalstadium sein, das 1—3 und mehr Jahre dauern kann.

Die allerfrühesten Zeichen sind in manchen Fällen solche, die auch dem Symptomenbilde der Tabes angehören, nämlich: reflectorische Pupillenstarre, Fehlen der Patellarsehnenreflexe, lancinirende Schmerzen, Opticus-Atrophie. Sie sind hochwichtig; aus ihrem Nachweis kann aber doch nur „der Verdacht auf Paralyse" gelenkt werden, der erst durch das Auftreten allgemeiner Cerebral-Symptome, namentlich Charakterveränderung, Abnahme der Intelligenz, Sprachstörung, paralytische Anfälle eine Begründung finden kann.

Bei Besprechung der genannten Einzelsymptome wird (während auf die Differenz in der Pupillenweite ein entscheidender Werth nicht gelegt wird) die vorhandene reflectorische Pupillenstarre in Anbetracht ihrer hohen diagnostischen Bedeutung sehr eingehend gewürdigt, ebenso das Verhalten der Sehnenreflexe, die im Prodromalstadium der Paralyse viel häufiger gesteigert als geschwunden sind.

Von hohem frühdiagnostischem Werthe sind die paralytischen Anfälle, und zwar leichte epileptiforme Anfälle in der Art des Petit mal oder schwache apoplectiforme Anfälle. Die im mittleren Lebensalter erstmals auftretenden epileptischen Anfälle gewinnen sehr an diagnostischer Bedeutung, wenn Schädeltraumen, chronischer Alcoholismus, luetische und andere Neubildungen des Gehirns, sowie atheromatöse Veränderungen der Hirngefässe ausgeschlossen werden können. Den epileptischen stehen im reifen Alter zuerst auftretende Anfälle von „Augen-Migräne" nahe.

Die frühen apoplectiformen Anfälle unterscheiden sich von anderen Formen der Hemiplegie durch ihren abortiven Charakter, d. h. durch ihre Flüchtigkeit und die geringe räumliche Ausdehnung der Lähmungserscheinungen. Mitunter stellen sie sich nur als „Ohnmachtsanfälle" dar. An diese Anfälle schliessen sich in diagnostischer Bedeutung leichte motorische Paresen, namentlich der mimischen Musculatur, aber auch der Zunge und des Kehlkopfes, sowie der Articulation. Zugleich Reizerscheinungen, d. i. Tremor mit Zuckungen. (Schwere Neurasthenie und chronischer Alcoholismus sind ausgeschlossen!)

Auch die eigentliche „paralytische Sprachstörung", d. h. die durch Parese und Mängel in der Coordination bedingten articulatorischen

Störungen pflegen in ihren ersten Andeutungen oft sehr früh nachweisbar zu sein (Prüfung durch Vorlesenlassen!). Veränderung der Schrift in Form und Inhalt. Nur beschränkten frühdiagnostischen Werth haben die Schlafstörungen, sowie die subjectiven Symptome, wie Neuralgien des Trigeminus und Occipitalis, vage Schmerzen in den Extremitäten, diffuser Schmerz oder Druck im Kopfe.

Die psychischen Symptome sind im Beginne der Erkrankung äusserst schwankend und vielgestaltig. Zuweilen zuerst subjective Veränderungen mit lebhaftem Krankheitsgefühl oder eine objectlose gemüthliche Depression. Häufiger zuerst Steigerung der Gemüthsreizbarkeit mit intensiven Affekten bei den geringsten Anlässen, die aber sehr rasch abklingen. In Folge von Verminderung an Gedächtniss und Urtheilskraft und des Sinkens der höheren Gefühle Abnahme der allgemeinen Leistungsfähigkeit, sowie gröbere Verstösse gegen Sitte und Gesetz. Charakterisirt durch die bestehende psychische Schwäche sind die paralytische Euphorie, die paralytischen Grössenideen, die paralytischen, melancholischen oder hypochondrischen Wahnideen, die paralytischen Erregungszustände. Die absolut kritiklosen, geradezu unsinnigen Grössenideen der Paralytiker sind von jenen der Paranoiker in der Regel sehr leicht zu unterscheiden. Auch die functionellen Manien und Melancholien sind von den ähnlich gestalteten paralytischen Krankheitsphasen gewöhnlich unschwer abzuscheiden.

Grosse differential-diagnostische Schwierigkeiten bietet dagegen zuweilen die Abgrenzung der Frühstadien der progressiven Paralyse gegen die Neurasthenie. Es kann an dieser Stelle nicht näher auf die belehrenden Unterscheidungszeichen eingegangen werden. Es sei nur hervorgehoben, dass früher überstandene Syphilis mehr für Paralyse, vorausgegangene Nervosität mehr für Neurasthenie spricht. Bei letzterer fehlen Pupillenstarre, epileptiforme Anfälle, aphasische Störungen und objectiv nachweisbare Minderung der Intelligenz. Plötzlich und unvermittelt eintretende Euphorie und beginnende Grössenideen sind stets für Paralyse sehr verdächtig.

Aehnliche Schwierigkeiten bestehen mitunter gegenüber manchen Formen des chronischen Alcoholismus (Fehlen von Sprachstörung und reflectorischer Pupillenstarre!) und gewisser nervöser Folgezustände nach Unfällen (zumeist kein progressives Sinken der Intelligenz!).

Auch die Differential-Diagnose gegen die Dementia senilis, die verschiedenen Formen der Demenz nach Apoplexien und Arteriosklerose, sowie gegen multiple Sklerose und diffuse luetische Processe muss zuweilen in ernste Erwägung gezogen werden.

Verf. schliesst seinen lesenswerthen Aufsatz mit einigen Erörterungen über die Bedeutung und die praktischen Consequenzen der Frühdiagnose der progressiven Paralyse, welche von den Hausärzten wohl gewürdigt werden sollten!

Thomsen (Bonn), Ueber paralytische Frühsymptome, welche dem Ausbruch der Paralyse bis zu 10 Jahren vorausgehen.

Diese Zeitschrift Band LII, Heft 5, p. 889.

Gross (Heidelberg), Ueber die Frühdiagnose der progressiven Paralyse.

Diese Zeitschrift Band LII, Heft 6, p. 1156.

Magnan (Paris), Die systematisirten Delirien in der allgemeinen Paralyse. — Progrès médical p. 121.

Psychosen mit greifbaren Veränderungen des Centralnervensystems sind charakterisirt durch die Abschwächung der geistigen Fähigkeiten; sie sind unheilbar und oft progressiv. Episodisch können hinzutretende Delirien das klinische Bild compliciren.

Die allgemeine Paralyse, durch rasche Zunahme der geistigen Schwäche charakterisirt, ist bedingt durch eine chronische interstitielle Encephalitis, welche die Zellen von einander trennt und dadurch die associativen Vorgänge beeinträchtigt.

Wenn *M.* bei einem sprachlich bereits sehr dürftig gewordenen Paralytiker gewisse Vorstellungen anregte, so reihte er sofort in schnellem Tempo analoge Worte an, die er aber einfach aufzählt, nicht associativ verknüpft. Es bestand also eine Reizung der corticalen Centren mit Beschleunigung des Vorstellungsablaufes — aber mit mangelnder Association der geistigen Vorgänge.

Es können in der Paralyse Perioden auftreten, in denen Wahnideen und Sinnestäuschungen hervortreten, dabei ist in den ersten Anfängen der Krankheit der geistige Mechanismus noch wenig gestört; in vorgeschrittenen Stadien können aber die Wahnideen nicht mehr mit einander verknüpft werden; sie sind dann unsinnig und widerspruchsvoll, ohne dass der Kranke dies inne wird.

Pierret, Die apoplekti- und die epileptiformen Anfälle der allgemeinen Paralytiker. — Progrès médical p. 217.

Verf. hält die bisherigen Erklärungsversuche der paralytischen Anfälle für unbefriedigend; er selbst führt dieselben auf Ernährungsstörungen zurück und zwar bedingt durch Stauung toxischer Flüssigkeiten in Theilen der Hirnrinde, in welchen die Zellen noch erregbar sind, der Blutkreislauf aber durch die Sklerose bereits gehemmt ist. Es kann sich — in Folge von Blasen- und Nierenstörung — um Urämie handeln, häufiger werden aber wohl Toxine in Betracht kommen, die aus dem Verdauungskanal bei Stuhlverhaltung aufgenommen werden. Man müsse deshalb auf die ursächliche Autointoxication stets sein Augenmerk richten und werde wohl im

Stande sein, durch Bekämpfung von Verdauungs- und Secretionsstörungen den paralytischen Anfällen vorzubeugen.

Seltener sollen auch Anfälle durch Influenza, durch Exantheme, durch Opium und Alkohol ausgelöst werden.

Linke (Tost), Ein Fall von secundärer (tabischer) Paralyse mit aufsteigender Degeneration im Tractus antero-lateralis (*Gowers*sches Bündel). — Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1895. November, December.

Patient, lediger Kanzlist, erblich belastet (?), geboren 1855, früher syphilitisch inficirt, machte 1884 zwei Selbstmordversuche. Nach diesen wurde eine durchaus typische chronische hallucinatorische Paranoia, Verfolgungswahn mit Grössenwahn, Jahre lang beobachtet.

Seit Frühjahr 1894: Symptome von Seiten der Medulla oblongata und der Medulla spinalis: Erschwerung der Articulation, zunehmende Unsicherheit des Ganges, Ataxie der Beine, Aufhebung der Patellarreflexe, Schwanken bei Augenschluss; schon nach 2 Monaten charakteristisches Bild der Tabes dorsalis mit reflectorischer Pupillenstarre.

Seit Juli 1894 psychische Umwandlung in der für die progressive Paralyse charakteristischen Weise: Tiefe Störung des Bewusstseins mit abundantem Grössenwahn.

Seit October: Tremor linguae, coordinatorische Sprachstörung, Ataxie auch der oberen Extremitäten.

Anfang 1895: Lallende Sprache, Schlingstörung, völlige Verwirrung mit noch andauernden Gehörshallucinationen, Othämatom.

Tod an Pneumonie: 16. April 1895.

Die Section ergab typische Gehirn-Atrophie, Rückenmarksdegeneration, mit aufsteigender Degeneration des Tractus antero-lateralis. (Der eingehende makro- und mikroskopische interessante Befund ist im Original nachzulesen!)

Verf. bezeichnet in seiner Epikrise seinen Krankheitsfall mit Recht als „secundäre Paralyse", die sich zu einer langjährigen Paranoia hinzugesellte, und beansprucht für beide Krankheitszustände eine vollständige Selbständigkeit. Er giebt der Vermuthung Raum, dass die Paranoia ätiologisch auf Heredität, die progressive Paralyse dagegen auf Syphilis zurückzuführen sei.

Capps, Eine Studie über das Blut in der allgemeinen Paralyse. — The American Journal of the medical sciences. No. 290.

Die Untersuchung ergab bei 20 Fällen von allgemeiner Paralyse, dass die rothen Blutkörperchen und das Hämoglobin stets etwas vermindert waren, dass das specifische Gewicht etwas abgenommen hatte, und alle

weiter entwickelten und die mit Aufregung verbundenen Fälle eine um etwa 22 pCt. erhöhte Leukocytose zeigten. Die Lymphocytose nahmen ab, die grossen einkernigen Zellen nahmen zu, in manchen Fällen waren die eosinophilen Zellen sehr zahlreich nachzuweisen. Bei paralytischen Anfällen bestand eine Vermehrung der Erythrocyten und des Hämoglobingehalts des Blutes, das specifische Gewicht wechselte sehr, oft trat eine beträchtliche Leukocytose hervor bei langen und intensiven Anfällen mit erheblicher Zunahme der grossen einkernigen Zellen.

Grimaldi, A., Sui reperti batteriologici dell' urina e del sangue nella Paralisi generale. — Manicomio XII, 2—3.

Zur Frage, ob und welche Bakterien als Krankheitserreger im Blute von Paralytischen sich befinden, und nicht bloss von den Begleitzuständen — Decubitus, Prostatitis u. s. w. — herrühren, hat *Grimaldi* 10 Kranke untersucht und nur in 1 Falle (No. 7) im Blute Streptokokken gefunden, die dem gleichzeitig im Urin gefundenen Bacillus nicht entsprechen. In 3 anderen Fällen fand er im Urin Bacill. coli oder Staphylokokken. Die gastrischen Störungen vor dem Ausbruch der allgemeinen Paralyse scheinen ihm von maassgebender Bedeutung und der Dickdarm-Bacillus von wesentlichem Einfluss zu sein. *Fraenkel.*

Justschenko, A. J., Allgemeine Paralyse des Jünglingsalters. — Archiv für Psychiatrie. Bd. XXVI, H. 1. Russisch.

Verf. hat alle die bis jetzt in der Literatur bekannten Fälle von allgemeiner Paralyse im Jünglingsalter in der Zahl von 33 gesammelt und zu denselben noch 3 eigene Beobachtungen hinzugefügt, von denen besonders die letzten beiden Fälle, Bruder und Schwester, von grossem Interesse sind.

Auf Grund dieses casuistischen Materials zeichnet Verf. uns das klinische Bild, den Verlauf und Ausgang der allgemeinen Paralyse des Jünglingsalters.

Im Gegensatz zu der allgemeinen Paralyse der Erwachsenen ist die des Jünglingsalters überwiegend in armen Familien zu finden, unter den Handwerks-Lehrlingen, Fabrik- und Tagesarbeitern. Viele der Kranken lebten vor der Erkrankung in den kümmerlichsten Verhältnissen, in Folge dessen suchen einzelne der Beobachter die Ursache der allgemeinen Paralyse des Jünglingsalters in den schlechten Bedingungen der Ernährung. Da ein grosser Theil der Patienten vor der Erkrankung ausser dem elterlichen Hause lebte und erst als Kranke wieder nach Hause kam, so sind die Anfangserscheinungen nur wenig gekannt, und der Beginn der Krankheit muss bei den meisten Kranken früher eingetreten sein, als dies die Beschreibungen angeben. In einzelnen Fällen schwankt das Alter der

Erkrankten zwischen 10—20 Jahren, das Durchschnittsalter sind 15 Jahre, und zwar für Knaben 16, für Mädchen 14 Jahre, also die mittlere Zeit der Geschlechtsreife. Da nun diese Entwicklung bei dem weiblichen Geschlechte mehr und deutlicher hervortritt, so ist es auch nicht auffallend, dass die Mädchen häufiger als die Knaben erkranken; von den 36 vom Verfasser gesammelten Fällen betrafen 19 Mädchen und 17 Knaben. Familien-Veranlagung zu Psychosen wurden in 12 Fällen nachgewiesen, in 3 Fällen bestand allgemein fortschreitende Paralyse bei den Vätern und 1 Mal bei der Mutter, in den 36 beobachteten Fällen wurde die vererbte krankhafte Veranlagung 17 Mal constatirt, und deshalb glauben *Charcot* und *Dutil* annehmen zu dürfen, dass die Erblichkeit bei der Entstehung der allgemeinen Paralyse im jugendlichen Alter die Hauptrolle spielt.

Vererbte Syphilis wurde mit der grössten Wahrscheinlichkeit in 26 Fällen, also in 72,2 pCt. nachgewiesen; in 7 Fällen wurden als Ursache Traumen nachgewiesen. Verf. nimmt an, dass die Hauptursache der allgemein fortschreitenden Paralyse im jugendlichen Alter in der hereditären Veranlagung, und zwar in dem Sinne der verminderten Widerstandsfähigkeit des centralen Nervensystems zu suchen sei, die zweite Stelle gehört der hereditären Syphilis und der Periode der Geschlechtsreife. — Der Beginn der Erkrankung und deren klinisches Bild hat einerseits sehr viel Aehnlichkeit mit dem Bilde der Paralysis progressiva der Erwachsenen, andererseits aber auch seine Eigenthümlichkeiten. Die progressive Paralyse des jugendlichen Alters verläuft in der Mehrzahl der Fälle unter den Erscheinungen der primären paralytischen Demenz. Dieselben verschiedenen Anfangssymptome in der intellectuellen und Bewegungssphäre, wie wir dies bei der progressiven Paralyse der Erwachsenen kennen, beobachtet man auch in dem Anfangsstadium der allgemeinen Paralyse des jugendlichen Alters. In einzelnen Fällen jedoch beobachtet man auch mehr seltene Erscheinungen, wie z. B. Verfolgungswahn, Illusionen und Hallucinationen, Verbindung von Paralysis progressiva mit Tabes dorsalis (Fall *Strümpell*); in anderen Fällen, wie die von *Bristowe*, *Erb*, *Muchin*, *Plochinski*, Vereinigung von Paralysis progressiva mit Paralysis spinalis toxica. In 8 Fällen wurden mehr oder weniger ausgesprochene Contracturen nachgewiesen, in einigen anderen wiederum Muskelatrophie.

Der Verlauf und der Ausgang der allgemeinen Paralyse des jugendlichen Alters unterscheidet sich durch nichts von der Paralysis progressiva der Erwachsenen; dasselbe muss auch von den pathologisch-anatomischen Sectionsbefunden gesagt werden. Die progressive Paralyse des jugendlichen Alters erreicht ihren Höhepunkt in einer verhältnissmässig kürzeren Zeit als die der Erwachsenen. Die Bewegungsstörungen, besonders die der Zunge, treten früher und mit grösserer Deutlichkeit hervor, der allgemeine Verlauf ist ein mehr ruhiger, nicht selten unterbrochen durch Ruhepausen (Intervalla).

A. v. Rothe.

Neudörffer, R., Dementia paralytica. Tod durch Suffocation. État criblé. Cystöse Degeneration. Meningitis tuberculosa. — Aus der psychiatrischen Klinik zu Freiburg i. Br. Virchow's Archiv Bd. 146 (Folge XIV, Bd. VI), Heft 3.

Der vom Verf. mitgetheilte Fall von Dementia paralytica beansprucht in dreifacher Beziehung ein allgemeines Interesse. Einmal durch den anatomischen Befund der cystoiden Degeneration bezw. des État criblé. Die erstere Veränderung lag besonders in mehreren cystischen Hohlräumen im Balken und am unteren Rande des Linsenkerns vor, welche zunächst den Eindruck von Cysticerken machten, während der siebförmige Zustand sich im Nucleus caudatus, Sept. pellucid., Capsul. int., sowie im Balken fand. Bei der mikroskopischen Untersuchung ergaben sich beide Veränderungen als durch Erweiterung von perivasculären Lymphräumen bedingt; sie bilden somit nach Verf. ein und dieselbe Erkrankung: nur die histologische Verschiedenheit des umgebenden Gewebes lässt in dem einen Fall unregelmässige cystische Hohlräume, in dem anderen gleichmässige Erweiterungen der Saftbahnen entstehen. Bei dem Fehlen deutlicher Reste von Blutungen, sowie dem Mangel von Atrophie im angrenzenden Hirngewebe glaubt Verf. (mit *Durand-Fardel*) „chronischen Congestivzuständen" eine gewisse Rolle bei der Entstehung des État criblé wie der cystösen Degeneration zuschreiben zu müssen. Es handelt sich weniger um die Wirkung der gesteigerten Lymphproduction, als vielmehr um die Folgen des behinderten Abflusses der vermehrten Saftmenge. Für den mitgetheilten Fall führt Verf. die Hemmung des Lymphabflusses auf die — bei der Paralyse ja häufigen — Kernvermehrungen in der Gefässadventitia mit consecutiver Verengerung der perivasculären Lymphbahnen bezw. Verlöthung der Gefässwand mit dem Hirngewebe zurück. Meningitische Veränderungen konnten hierbei nicht in Betracht kommen, da sie nicht überall den cystoiden Veränderungen entsprechend localisirt waren.

Was zweitens die Complication der Paralyse mit Meningitis tuberculosa betrifft, so macht Verf. — in Analogie mit den Beobachtungen *Heubner*'s, der bei Erwachsenen derartige Hirnhautentzündungen sich über Monate hinziehen und sich nur in psychischen Symptomen äussern sah — in dem vorliegenden Falle das Verschwinden der psychischen Erscheinungen der Paralyse von dem Eintreten der tuberculösen Meningitis abhängig. Der maniakalische Grössenwahn machte hier einem bis zum Exitus anhaltenden somnolenten Zustande Platz, in dessen freieren Zeiten traurige Verstimmung und eine gewisse Krankheitseinsicht hervortrat. Die von *Heubner* gefundenen disseminirten chronischen tuberculösen Processe konnten hier durch die porencephalitischen Veränderungen der Paralyse ersetzt sein.

Die Suffocation endlich, welche den Exitus herbeiführte, war nach Verf. — in Anbetracht dessen, dass der Rachen nicht völlig ausgefüllt und der Kehlkopfeingang durch weiche, breiige Massen verlegt war —

nicht auf ein einfaches mechanisches Athmungshinderniss zurückzuführen, ebenso wie das völlige Intactsein der Hirnnervenkerne eine bulbäre Vermittlung ausschliessen liess. Als Ursache der Erstickung nimmt Verf. in seinem Falle vielmehr eine Schlingstörung an, welche durch temporäre Insufficienz oder mangelhaftes Zusammenwirken der Deglutitionsmuskeln hervorgerufen und als die Folge der meningitischen — paralytischen bezw. tuberculösen — Veränderungen anzusehen ist. In Folge einer durch die letzteren Processe bedingten Läsion der Nn. laryngei sup. und recurrentes oder auch durch Parese der Kehlkopfmuskeln konnte die reflectorische Entfernung des den Larynx obturirenden Speisepfropfes verhindert sein.

Scheven.

Siemerling (Tübingen), Ueber die Veränderungen der Pupillenreaction bei Geisteskranken. — Vortrag. Neurologisches Centralblatt No. 20 p. 942.

Die Pupillendifferenz, auch bei Gesunden vorkommend, verdient nicht die ihr früher beigelegte Wichtigkeit.

Die reflectorische Pupillenstarre steht, bezüglich der Wichtigkeit und Häufigkeit, in erster Linie. Bei der progressiven Paralyse fand sie sich unter 3010 Fällen 2084 Mal, also in 68 pCt. Sie bildet, und zwar in der Regel doppelseitig auftretend, ein Frühsymptom dieser Erkrankung, kann derselben als anscheinend einzige Veränderung länger als 10 Jahre vorausgehen. Sehr häufig finden sich bei der reflectorischen Pupillenstarre Veränderungen der Patellarreflexe.

Zuweilen lässt sich eine gewisse Gesetzmässigkeit der Verlaufsweise feststellen: Parese der Lichtreaction, Pupillenstarre, Accommodationsparese, endlich Accommodationsparalyse.

Ausser bei der Paralyse wird reflectorische Pupillenstarre nur selten beobachtet.

Häufig ist die sogenannte springende Mydriasis; sie wird zuweilen als ein lange Zeit der allgemeinen Paralyse vorauseilendes Symptom beobachtet, doch kommt sie auch bei Gesunden und anderweitig Erkrankten vor.

Hippus ist bei Paralyse selten.

Hess, Ueber das Ulnarissymptom (_Biernacki_) bei Geisteskranken. — Vortrag. Deutsche medic. Wochenschrift No. 50.

Vortragender beobachtete bei 76 pCt. seiner 30 paralytischen Männer und bei 50 pCt. seiner 12 paralytischen Frauen das *Biernacki*'sche Symptom.

Das Durchschnittsergebniss aus allen bisherigen Beobachtungen ist folgendes:

1. Unter 417 Tabikern und Paralytikern bei 279, also bei 66,9 pCt., Ulnarisdruckanalgesie.
2. Unter 354 Paralytikern bei 248, also bei 70 pCt., desgl.

3. Von 232 Männern waren 171, gleich 73,7 pCt., von 71 Frauen 31, gleich 43,7 pCt., analgisch.

Die Ulnarisdruckanalgesie ist bei Männern eine wesentliche, bei Frauen eine beachtenswerthe Erscheinung der progressiven Paralyse.

Das Symptom ist central bedingt, sein Sitz aber bis jetzt noch nicht ermittelt.

Trömmer, Beitrag zur Kenntniss der Störungen der äusseren Sprache bei multipler Sklerose und Dementia paralytica. — Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. XXVIII, p. 190.

Verf. hat an seinem grossen Materiale eingehende Untersuchungen über die Störungen der Sprache bei multipler Sklerose und bei paralytischer Demenz angestellt. Diese führten ihn zu dem Ergebniss, dass keine Art literaler oder syllabärer Sprach-Ataxie für Dementia paralytica charakteristisch seien, wohl aber asymmetrisches Flattern oder Zittern der Oberlippe beim Sprechen, Anstossen und ataktische Dysarthrien als pathognomonisch für die paralytische Sprachstörung betrachtet werden könnten.

Er sucht diese Störungen auf bestimmte anatomische Grundlagen zurückzuführen, die aber zur Zeit noch nicht als erwiesen betrachtet werden können.

Jedenfalls verdienen *Trömmer*'s Untersuchungen weitere Nachprüfungen.

Boissier (Asiles d'aliénés de la Seine), Mittheilung eines Falles von Pachymeningitis haemorrhagica, welcher für allgemeine Paralyse gehalten wurde. — Archives de Neurologie No. 8. August.

42 Jahre alter, zuvor gesunder und kräftiger, nicht syphilitisch gewesener Mann, von einem Arthritiker abstammend, sehr zu Kopfcongestionen geneigt. Seit 1892 hochgradige gemüthliche Reizbarkeit, Zerstreutheit, Gedächtnissschwäche, grosse Neigung zu Schwindelzuständen, Verlangsamung der Sprache. August 1893 intensiver Schwindel mit bleibender linksseitiger Schwäche, 2 Tage später apoplektischer Anfall mit völliger Aufhebung des Bewusstseins. Alsdann hochgradige Aufregung mit Incohärenz und Sinnestäuschungen. Nach deren Ablauf tiefe Bewusstseinstrübung wie bei einem Paralytiker mit leichtem Grössenwahn. Sprache langsam und gehemmt, Gang etwas unsicher, Pupillen ungleich und träge, Hände schwer und erzitternd.

Im November 2 apoplektische Anfälle, deren letzter zum Tode führte.

Bei der Section fand sich je ein über beide Hemisphären des Gehirns ausgebreitetes Hämatom in der Tasche der Arachnoiden bei kaum veränderter Dura mater, während sich die Pia mater etwas verdickt und getrübt zeigte. In Folge der Compression durch den reichlichen Bluterguss

sind die grossen Hirnhemisphären stark comprimirt und abgeplattet, blutarm und fest. Die für die allgemeine Paralyse charakteristischen anatomischen Veränderungen fehlen. — Kleine Atherome in der Basilaris und in der Aorta.

Epikrise: Das geschilderte klinische Bild war dem der acut verlaufenden allgemeinen Paralyse zum Verwechseln ähnlich, dagegen war die Syphilis-Aetiologie ausgeschlossen. Die Erkrankung ist auf „hereditäre Arthritis" zurückzuführen. Endarteritis der Gefässe der Pia mater konnte mikroskopisch nachgewiesen werden. Es handelt sich also um eine Hämorrhagie, die von der Arachnoida und nicht von der Dura mater ihren Ausgang genommen hat.

Wenig cerebrale Läsionen können für die Diagnose so grosse Schwierigkeiten bieten, wie die der Pachymeningitis cerebralis haemorrhagica.

Bondurant (Alabama), Ein Fall chronischer Chorea eines Erwachsenen mit den der allgemeinen Paralyse ähnlichen pathologischen Veränderungen. — The Alienist and Neurologist. Juli.

Verf. sucht aus seinem Fall verwandtschaftliche Beziehungen zwischen der chronischen progressiven Chorea und der allgemeinen Paralyse abzuleiten.

Die weibliche Kranke, direct erblich belastet, wuchs ohne Erziehung auf; mit 17 Jahren verheirathet und ein Jahr später Mutter, zeigte sie bald nach ihrer Niederkunft zunehmende geistige Abschwächung und Reizbarkeit. Bald kamen leichte Muskelbewegungen im Gesicht und in den Extremitäten, die allmälig einen choreaartigen Charakter annahmen.

Sechs Jahre nach Krankheitsbeginn: Stupidität, Choreabewegungen in der ganzen Musculatur, mehr links als rechts, bei Willkürbewegungen gesteigert, im Schlafe aufhörend, zuweilen athetoide Bewegungen der Finger und Hände, grosse Unsicherheit des Ganges, Steigerung der Patellarreflexe, Sprachstörung, hochgradige Schwäche des Gedächtnisses. Später Zunahme der Dementia und der Chorea.

Tod im 27. Lebensjahre an Lungen-Gangrän.

Autopsie: Meningitis chronica, Atrophia cerebri, Sclerosis, Degeneration der Pyramidenbahnen. Mikroskopischer Befund ähnelt dem bei Paralyse (vergl. das Original).

Verf. giebt folgende Epikrise: Chronische fortschreitende Chorea verbunden mit progressiver Dementia. Hochgradige degenerative Veränderungen der corticalen Nervenzellen, namentlich in der motorischen Region, Degeneration der Pyramidenbahnen mit leichten Veränderungen in anderen Theilen des Rückenmarks.

Roncoroni, Die Therapie bezüglich der Störungen der Sprache und Schrift bei der allgemeinen Paralyse. — Archiv. di Psichiatria. Bd. XVII.

Verf. theilt hier Versuche mit, welche er an im Remissionsstadium befindlichen Paralytikern gemacht hat, um die Articulation und die Schriftzüge zu verbessern, und zwar durch regelmässige Uebungen, also um übungsmässiges Wiedereinlernen verloren gegangener Bewegungsvorstellungen.

Verf. ist mit den erreichten Resultaten nicht unzufrieden.

Hirschel (Wien), **Die Aetiologie der progressiven Paralyse. — Eine klinische Studie. Separatabdruck aus den Jahrbüchern für Psychiatrie und Neurologie. Bd. XIV, Heft 3.**

Verf. sucht hier in einer sehr eingehenden und fleissigen Arbeit neue Beweise für die Syphilis-Aetiologie der progressiven Paralyse zu erbringen.

Er hat sein Material *Krafft-Ebing*'s psychiatrischer Klinik entnommen und verwerthet 200 ausschliesslich männliche Paralytiker, von welchen aber 25 wegen mangelnder Anamnese nicht genügend benutzt werden konnten.

Er führt uns zunächst die Ergebnisse seiner Untersuchungen in sehr umfangreichen Tabellen vor, welche Confession, Alter, Stand und Beruf, die Anamnese, ferner die nachweisbaren objectiven Symptome bestehender oder abgelaufener Syphilis in übersichtlicher Weise wiedergeben. Alles ist streng zahlengemäss durchgeführt.

Die meisten Erkrankten standen zu Beginn des Leidens zwischen dem 36. und 40. Lebensjahre, 4 waren noch nicht 20, 2 erst 14 Jahre alt, 2 über 60.

Nur 12 pCt. der Erkrankten waren schwer hereditär belastet.

30 pCt. derselben zeigten ein rhachitisches Cranium.

Psychische Ursachen sollen, im Gegensatz zu der verbreiteten Ansicht, niemals von ätiologischer Bedeutung gewesen sein. Den gleichen negativen Standpunkt behauptet unser Autor gegenüber körperlichen Strapazen und der Insolation. Auch Traumen, obwohl in 13 Fällen beobachtet, werden nicht als ursächliches Moment der Paralyse anerkannt, sie sollen nur bei syphilitisch inficirt Gewesenen die Erkrankung einleiten können, dieselbe beschränkte Möglichkeit wird für Influenza eingeräumt. In Folge von Alkohol- und Blei-Intoxication wurden keine Fälle von progressiver Paralyse beobachtet, es handelte sich hier nur um Pseudo-Paralysen.

Die zur Feststellung vorausgegangener Syphilis vorgenommenen Untersuchungen ergaben — 6 Mal — Skleradenitis, ferner vereinzelte Fälle von charakteristischen Narben in der Haut, im harten und weichen Gaumen.

Bei der bekannten Schwierigkeit anamnestischer Erhebungen über vorausgegangene Luës hat unser Autor den Beweis für erbracht gehalten: 1. bei in einem Spitale festgestellter Initialsklerose und Behandlung mit Hydrargyrum; 2. bei einem Ulcus mit secundärem Exanthem oder anderen syphilitischen Allgemeinerscheinungen; 3. bei einer genitalen Affection und

typisch syphilitischem Auftreten von wiederholtem Abortus. Auf diesem Wege vorgehend, hat *H.* bei 56 pCt. seiner Untersuchten vorausgegangene Luës mit Sicherheit, bei 25 pCt. mit Wahrscheinlichkeit festgestellt, während bei 19 pCt. keinerlei Anhaltspunkte nachzuweisen waren. Die Möglichkeit einer spurlos abgelaufenen Syphilis sei aber auch bei den letzten Fällen gegeben.

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt nun *H.* zu den Schlüssen: „Von allen ätiologischen Factoren kann nur die Syphilis in Betracht kommen. Die Ansicht, dass eine Combination von ätiologischen Momenten nothwendig sei, erweist sich als unrichtig.“

Die Paralyse ist vielmehr durch ein einheitliches ätiologisches Moment bedingt. Dieses einheitliche Moment ist aber die Syphilis. Dafür spricht die Einheitlichkeit des Krankheitsbildes und des anatomischen Processes. Fehlt auch bei 19 pCt. der Fälle der Nachweis der syphilitischen Infection, so gilt dies in gleicher Häufigkeit bei anerkannten syphilitischen Spätformen, wie namentlich bei Gummata.

Anatomisch stellt sich die Paralyse dar als eine Encephalitis der Rindensubstanz, die zunächst zu Atrophie der parenchymatösen Theile der Rinde, in der Folge in der Regel zu interstitiellen Veränderungen mit allgemeiner Atrophie führt. Der anatomische Process der interstitiellen Hepatitis, welche oft syphilitischer Natur, ist ganz der gleiche wie bei der angegebenen Encephalitis, kann also sehr wohl auch syphilitischer Natur sein (*Obersteiner*). (Sehr hypothetische Annahme! Ref.)

Eine Reihe bei der Paralyse beobachteter Einzelsymptome sind erfahrungsgemäss oft durch Luës begründet, namentlich: die reflectorische Pupillenstarre, vorangegangenes Doppelsehen in Folge von Augenmuskellähmungen, Opticus-Atrophie, Ophthalmoplegie, endlich die Erscheinungen der Tabes dorsalis. Verf. will diese Erscheinungen als der Paralyse coordinirte Manifestationen der Syphilis betrachtet wissen.

Der negative Einfluss der antisyphilitischen Therapie auf den paralytischen Process spricht durchaus nicht gegen die Syphilis-Paralysen-Theorie, denn Spätformen der Syphilis sind einer Restitutio ad integrum nicht zugänglich. Die Demenz, der Ausdruck der atrophischen Veränderung der functionstragenden Rindensubstanz ist einer Rückbildung nicht fähig. Man kann also a priori durch antiluëtische Behandlung im günstigsten Falle eine Remission, niemals aber eine Heilung der Paralyse erwarten. Eine wesentliche Remission ist aber in einer Reihe von Fällen thatsächlich erzielt worden.

Die Häufigkeit oder Seltenheit der Paralyse entspricht im Allgemeinen der Häufigkeit oder Seltenheit der Syphilis, so in gewissen Ländern, in gewissen Landgegenden, bei gewissen Volksstämmen und Berufsarten.

Zur Erklärung der Thatsache, dass nur ein kleiner Bruchtheil der syphilitisch Inficirten paralytisch werde, greift *H.* zu der Hypothese, dass

ausser der Syphilis eine gewisse Familien- oder Völkerdisposition nothwendig sei, um den Ausbruch der Paralyse zu ermöglichen, gegenüber einer bei anderen Familien oder Völkern bestehenden Immunität. (Die Hypothese ist zwar geistreich, aber sehr weit hergeholt! Ref.)

Verf. schliesst mit dem gewiss sehr anfechtbaren Satze: Nach allen diesen Erwägungen scheint es mir keinem Zweifel zu unterliegen, dass die progressive Paralyse nichts anderes ist, als eine Spätform der Syphilis, eine Encephalitis syphilitica der Rindensubstanz mit schliesslichem Ausgang in Atrophia cerebri syphilitica.

***Heiberg*, *Pool* (Kopenhagen), Das Verhältniss zwischen den Todesfällen an Paresis generalis im St. Hans-Hospital und den Syphilitischen in Kopenhagen. — Bibliothek for Laeger. 1896. Referat im Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Juli, August.**

Fast alle in Kopenhagen entstehenden Fälle von progressiver Paralyse finden früher oder später ihr Ende im St. Hans-Hospital. Es giebt deshalb der Vergleich der Anzahl der Syphilisfälle in Kopenhagen und der Todesfälle im St. Hans-Hospital einen ziemlich genauen Ausdruck des Verhältnisses der genannten Factoren. Die dänischen Autoren schätzen die mittlere Zeit von der Infection mit Syphilis bis zum Ausbruch der allgemeinen Paralyse auf 12 Jahre, die mittlere Dauer der letzteren auf 3 Jahre. Thatsächlich entspricht nun dem Maximum der Syphilisfälle im Jahre 1869 ein Maximum der an Paralyse Gestorbenen im Jahre 1884. Die Zahl der Syphilisfälle sinkt nun wieder von 1869 bis 1876, um alsdann im Jahre 1886 zu einem zweiten Maximum anzusteigen. Falls nun wirklich ein ursächliches Verhältniss zwischen Syphilis und allgemeiner Paralyse besteht, muss auch ein zweites Maximum der Todesfälle an allgemeiner Paralyse im Anfang des kommenden Jahrhunderts erwartet werden.

***Angiolella, G.*, Die Veränderungen der kleinsten Gefässe einiger innerer Organe bei progressiver Paralyse. — Il Manicomio. 1895. No. 2—3.**

A. kommt an der Hand von 12 sehr eingehend geschilderten mikroskopischen Befunden bei Paralytikern, in deren Leber und Nieren er constant eine Periarteritis der kleinen Gefässe nachweisen konnte, zu dem Schluss, dass der progressiven Paralyse eine Erkrankung der kleinsten Gefässe zu Grunde liege, welche durch toxische, im Blut kreisende, je nach der Krankheitsursache verschiedene Substanzen hervorgerufen werden.

Richard Snell-Hildesheim.

Travie Drennen, C., Die Syphilis in der Aetiologie der Tabes. — The Alienist and Neurologist. October.

Verf. sieht nicht in der Syphilis, sondern vielmehr in dem bei der antisyphilitischen Behandlung reichlich verwendeten Jodkalium die eigentliche Ursache für manchen Tabesfall. Er schliesst dieses einmal aus der Unheilbarkeit der Tabes im Gegensatz zu anderen Erkrankungen auf syphilitischer Basis, ferner aus dem seltenen Vorkommen von Tabes bei einzelnen Volksstämmen, wie bei den Japanesen und Negern, unter denen Syphilis stark verbreitet ist. Diese unterziehen sich jedoch, nach Angabe des Verf., einer entsprechenden Behandlung nur, so lange die Symptome bestehen, nehmen daher auch nur wenig Jodkalium zu sich. Das Gleiche gilt auch für das seltene Auftreten der Tabes bei Frauen. Die Arteriosklerose der Arteria spinalis post. mit ihren Zweigen, die er als Hauptursache der pathologisch-anatomischen Veränderung bei Tabes ansieht, ist durch die schädigende Einwirkung des Jodkalium auf die Wand dieser Gefässe entstanden. *Behr.*

Alzheimer (Frankfurt a. M.), Ein Fall von luëtischer Meningo-Myelitis und -Encephalitis. — Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 29, Heft I, p. 63.

Die vom Verf. mitgetheilte Beobachtung stellt einen ganz besonders typischen Fall der reinen luëtischen Meningo-Myelitis dar, welche neuerdings *Böttiger* den Fällen mit gummöser Erkrankung des Centralnervensystems und den acuten Myelitiden nach Syphilis gegenübergestellt hat.

Eine 42jährige Patientin, hereditär nicht belastet, deren Luës nicht bekannt war, äusserte seit Januar 1893 Klagen über Kopfweh, Reizbarkeit. Seit September gl. J. zunehmende geistige Schwäche, Klagen über reissende Schmerzen im Rücken und den Extremitäten. Bei der Aufnahme in die Anstalt Februar 1894: Träge Reaction der Pupillen, Herabsetzung der Sehschärfe, Sprachstörung, leichte Parese der Extremitäten, starke Erhöhung der Reflexerregbarkeit, Fussclonus. Sensibilitätsstörungen: subjectiv: reissende Schmerzen in den Extremitäten, Kältegefühl, besonders Parästhesien rechts; objectiv: am rechten Fuss und Unterschenkel Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit, Verlangsamung der Empfindungsleitung, am rechten Arm stellenweise Hyperästhesie neben Analgesie. Im weiteren Verlaufe: vollständige Lähmung im rechten Arm, dann im rechten Bein, Zunahme der Paresen links; rechts Abnahme der Reflexerregbarkeit, Zunahme der Sensibilitätsstörungen, in der Folge zunehmende Gedächtniss- und Urtheilsschwäche, Verwirrtheit, Grössenideen. — Tod am 24. März in Folge von Pneumonie.

Autopsie: Meningo-Myelitis, Meningo-Encephalitis der Basis und der Convexität; leichte Atrophie der Nervi optici.

Die Diagnose war im Leben aus nahe liegenden Gründen auf progressive Paralyse combinirt mit luëtischer Erkrankung des Rückenmarks gestellt worden. War doch das psychische Bild — schwere Demenz, Verwirrtheit, Grössenwahn mit rasch fortschreitendem Verlauf — vollkommen dem der Paralyse analog, desgleichen die motorischen Störungen.

Die interessanten Mittheilungen über den charakteristischen anatomischen Befund sind im Originale nachzulesen.

Brasch (Berlin), Zur Pathologie der syphilitischen Früherkrankung. — Vortrag. Neurologisches Centralblatt No. 1.

Im Anschluss an die Mittheilung eines Falles, in welchem eine schwere cerebrale, durch die Autopsie bestätigte syphilitische Erkrankung des Gehirns sich bald nach der Infection eingestellt hatte, stellt Vortragender folgende Thesen auf: „Erkrankungen des Centralnervensystems können in jedem Stadium der syphilitischen Erkrankung auftreten. Sie treten wahrscheinlich um so eher auf, je schlechter die antisyphilitische Behandlung war. Einen Unterschied zwischen tertiärer und secundärer Hirnsyphilis giebt es nicht."

Atelekoff (Moskau), Beitrag zur Symptomatologie und Pathologie der syphilitischen Erkrankung der Arterien und des Hirngewebes. — Neurologisches Centralblatt No. 6.

Ein 21 Jahre alter, zuvor gesunder Mann wurde 2 Monate nach erlittener syphilitischer Primär-Affection psychisch deprimirt und gereizt, er zeigte Gesichts- und Gehörstäuschungen ängstlichen Inhalts und zuweilen hochgradige Störung der Sprache. Antiluëtische Behandlung ohne Erfolg. Vielmehr kam ein Stadium der Exaltation mit Schlaflosigkeit, Zittern und Kopfschmerzen mit folgender hochgradiger Verworrenheit und Apathie. Dann folgten Anfälle von Rindenepilepsie, später athetotische und choreaartige Bewegungen. Tod in tiefem Coma etwa 7 Monate nach der Primäraffection.

Autopsie: Hyperämie des Hirns und der Hirnhäute, leichte Trübung der Pia in der Umgebung der Gefässe, weiter je ein haselnussgrosser weisser Erweichungsherd an der linken hinteren Centralwindung und im Corpus striatum, kleinere im Thalamus opticus und im Cerebellum. Die linke, im Ursprung thrombosirte Arteria fossae Sylvii zeigte unter dem Mikroskop ein bedeutendes Infiltrat der Adventitia, ein geringeres der Media, und eine hyperplastische Verdickung der Intima, welche die Thrombose vorgetäuscht hatte.

In der Epikrise werden die Krankheitserscheinungen in erster Linie auf die Gefässerkrankung zurückgeführt, namentlich auf die Wucherung der Intima. Die athetotischen und choreatischen Bewegungen sollen besonders auf die Rindenreizung zu beziehen sein.

Mills, Beobachtungen über Gehirn - Syphilis. — Medical News. December 1895.

Der erste Fall, anfänglich für männliche Hysterie oder Neurasthenie gehalten, erwies sich in der Folge als organische Gehirnerkrankung durch folgende Erscheinungen: Doppelseitige Neuroretinitis und Perivasculitis und rechtsseitige Hämorrhagie der Retina, leichte Störung der Articulation, Parese der rechten Gesichtshälfte, Abweichen der Zunge nach rechts. Apathie, Zerstreutheit, Aengstlichkeit.

Zweiter Fall: Mann von 30 Jahren mit Kopfschmerzen, Uebelkeit, Erbrechen, Abmagerung. Beiderseitige Neuroretinitis haemorrhagica. Wahrscheinlich Gummata an den lateralen Stellen des Gehirns. — Besserung durch grosse Dosen von Jodkalium.

Dritter Fall: Mann von 37 Jahren, 9 Jahre nach syphilitischer Primär-Affection an epileptischen Anfällen erkrankt. Zugleich leichte Demenz und Polyurie. Diffuse Hirnläsionen und locale Erkrankung des Pons.

Weiter berichtet der Verf. über eine grössere Zahl von Fällen intracranieller Syphilis, bei denen Affectionen von Hirnnerven im Vordergrund des Krankheitsbildes standen. Grosse Dosen von Jodkalium brachten in den meisten Fällen Besserung.

Kohn, Ein casuistischer Beitrag zur Kenntniss der Gehirnlues. — Zeitschrift für Heilkunde. Band XVII.

In dem beschriebenen Falle (Mann von 62 Jahren) entwickelte sich die Gehirn-Syphilis bemerkenswerther Weise erst 35 Jahre nach der Primär-Affection! Zunächst Kopfschmerzen, Schwindel, Abnahme des Sehvermögens, nach 4 Jahren Strabismus. Nach weiteren 6 Jahren totale Ophthalmoplegie, Abnahme des Sehvermögens, Nystagmus, rechtsseitige Hemianopsie u. a. m. Tod in Folge rasch verlaufender Dysenterie.

Autopsie: Links Erweichungsherd an der medialen Fläche des Occipitallappens, der die Rinden- und Marksubstanz bis an das Ependym ergriffen hat. Im linken Nervus oculomotorius an der Basis spindelförmige Auftreibung. Entzündliches Infiltrat der Dura mater und der durchtretenden Hirnnerven.

Mendel, E. (Berlin), Die hereditäre Syphilis in ihren Beziehungen zur Entwicklung von Krankheiten des Nervensystems. — Festschrift gewidmet _Georg Lewin_.

Die Beobachtungen über Erkrankungen des Gehirns, des Rückenmarks und der peripheren Nerven, welche auf hereditärer Syphilis beruhen, haben sich während der drei letzten Decennien wesentlich vermehrt; allein nicht alle mitgetheilten Fälle sind einwandfrei und exact beobachtet.

Deshalb sieht sich unser Autor veranlasst, selbst beobachtete einwandfreie Fälle in obigem Aufsatze zu veröffentlichen.

Der erste Fall betrifft eine progressive Paralyse bei einem hereditär syphilitischen Kinde, schon früher (Archiv für Psychiatrie Bd. I, 1868) mitgetheilt, aber damals falsch gedeutet. Weitere 2 Fälle von Tabes infantilis auf erwiesener syphilitischer Grundlage, endlich einen Fall der *Erb*'schen syphilitischen Spinalparalyse.

Dagegen konnte *Mendel* in keinem Falle von multipler Sklerose und genuiner Epilepsie auch nur mit Wahrscheinlichkeit eine hereditär syphilitische Grundlage auffinden.

Schulte, Ueber Luës des Centralnervensystems. — Kieler Inaugural-Dissertation. 1896.

Die Arbeit stützt sich auf sämmtliche während der letzten 15 Jahre auf der Kieler medicinischen Klinik beobachteten luëtischen Erkrankungen des Centralnervensystems.

Der Verf. theilt seine Fälle ein in:

1. Erkrankungen des Gehirns (und zwar: a) der umgebenden Knochen, b) der Gehirnhäute, c) der Gehirngefässe und Substanz);
2. Erkrankungen des Rückenmarks;
3. combinirte Erkrankungen.

Die Zahl der beobachteten Fälle beläuft sich auf 49. Die Erkrankung betraf 7 Mal den Gehirnschädel, 16 Mal die Gehirnhäute, 9 Mal die Hirngefässe, 9 Mal die Gehirnsubstanz, 4 Mal die Medulla oblongata, sowie 4 Mal Gehirn und Medulla zugleich.

Der Zeitpunkt der Primärerkrankung konnte in 20 Fällen nicht festgestellt werden, von den übrigen 29 erkrankten 6 schon im ersten Jahre, 16 im ersten Lustrum, 7 im zweiten. Aber auch nach 20 und selbst 25 Jahren traten noch vereinzelte Gehirnerkrankungen auf.

Unter der Anwendung von Quecksilber und Jodkalium wurden 16 Fälle zur Genesung geführt, während 2 keinerlei Besserung zeigten. Der therapeutische Erfolg war um so grösser, je früher nach der Primäraffection das Centralnervensystem erkrankte. Während die Erkrankungen der Gehirnhäute mit 50 pCt. die günstigsten Heilungschancen boten, war die Prognose der auf Endarteriitis beruhenden Hirnleiden am übelsten.

Am Schlusse der Arbeit theilt Verf. einen selbst beobachteten Fall von Hirnsyphilis eingehend mit:

Mädchen von 31 Jahren mit syphilitischer Sattelnase erkrankt an Kopfschmerzen, Schwindel und Schwäche der rechten Körperhälfte. Leichte Benommenheit, grosse Unruhe, Schwanken beim Gehen; Patellarreflexe erhöht. Später starke Benommenheit, verwaschene Pupillen, Steifheit der rechtsseitigen Extremitäten. Nach Abstieg der Temperatur auf 32° C., dann Anstieg auf 40° C. trat der Tod unter Lungenödem ein.

Autopsie: Gummata am Infundibulum, vorderen Theil des rechten Streifenhügels, Opticus, Chiasma und linken Tentorium mit Compression des linken Hirnstiels. Compression des linken Trigeminus. Ausgedehnte Erweichungen des Gehirns. In der rechten Scheitelgegend kleine subdurale Blutungen.

Stieglitz (New-York), Hirnsyphilis. — New-York med. Journal. Juli 1895. Autorreferat im Neurolog. Centralblatt No. 18.

Verf. giebt hier casuistische Mittheilungen interessanter Fälle von Gehirnsyphilis — darunter einen Fall von specifischer Meningoencephalitis, das Bild der progressiven Paralyse vortäuschend, einen Fall von Tage lang anhaltendem Singultus mit taumelndem Gang, einen Fall, in welchem unabhängig von einander Anfälle von sensorischer Aphasie und Alexie unter dem Bilde umschriebener epileptiformer Anfälle vorkamen, einen Fall von 15 Jahre lang währendem heftigen Kopfschmerz, der in 14 Tagen mit Jodkali geheilt wurde, und einen Fall von transitorischer Aphasie mit specifischer Neuroretinitis und miliarem Gumma der Retina, in welchem die Symptome einer früheren Brückenblutung noch bestanden.

Resumirend stellt Verf. folgende Symptome zusammen, welche den Verdacht auf Luës erwecken, namentlich bei unregelmässiger Combination:

1. Anhaltende, mit Schlaflosigkeit und Gemüthsreizbarheit verbundene Kopfschmerzen.
2. Pupillenveränderungen.
3. Augenmuskellähmungen.
4. Unregelmässige Hirnnervenlähmungen.
5. Hemianopsie, besonders Hemianopsia bitemporalis fugax.
6. Rindenepilepsie (bei Ausschluss von Traumen).
7. Genuine Epilepsie nach dem 25. Lebensjahre (bei Ausschluss von Trauma, Alkohol, Blei und Schrumpfnieren).
8. Transitorische Monoplegien.
9. Transitorische Aphasien.
10. Apoplexie vor dem 50. Lebensjahre (bei Ausschluss von Herzleiden, Schrumpfnieren, Blei).
11. Polydipsie und Polyurie.

Tuczeck (Marburg), Demonstrationen zur Syphilis des Centralnervensystems. — Berlin. klin. Wochenschrift No. 17.

Tuczeck stellte im ärztlichen Verein zu Marburg folgende Fälle vor:

1. 53 Jahre alte Frau, deren Kind an ererbter Luës gestorben, erkrankte an ängstlicher Aufregung, Gedächtnissschwäche, Augenmuskellähmungen, verbaler Amnesie, Alexie, Agraphie, heftigen Kopf- und Rückenschmerzen und Schlingstörung. — Wesentliche Besserung durch specifische Behandlung.

2. 54 jähriger luetischer Arbeiter. Gedächtnissschwäche, Euphorie mit gelegentlicher Megalomanie, zeitweilig rechtsseitige Parese in Facialis und Extremitäten, sowie articulatorische Sprachstörung, später Aphasie.

3. 25 Jahre alte Puella mit florider Syphilis. — Aengstliche Erregung, dann Schwerbesinnlichkeit, Apathie, Ohnmachten, heftige Kopf- und Nackenschmerzen, links Parese des Abducens, Lev. palp. sup., Rect. intern., doppelseitige Stauungspapille, gesteigerte Sehnen-Reflexe. Völlige Genesung durch Jodkali-Therapie.

4. 30 jährige Prostituirte mit ausgesprochener Lues. — Nach hochgradiger maniakalischer Erregung psychische Depression, dann Apathie, zuweilen Grössenwahn. — Reflectorische Pupillenstarre, linksseitige Ptosis, vorübergehende Lähmung der linken Extremitäten und Störungen der Sprache, erhöhte Sehnen-Reflexe.

5. 44 Jahre alter Chemiker, sicher syphilitisch inficirt. Linksseitige Abducens-Lähmung, hypochondrische Verstimmung mit fortschreitendem Blödsinn bei Krankheits-Bewusstsein, reflectorische Pupillenstarre, links Ptosis, vorübergehende Sprachstörung. Sehnen-Reflexe erloschen.

6. Sypilitischer Buchhalter von 44 Jahren. Fortschreitende Demenz mit Grössenideen, reflectorische Pupillenstarre, rechts Paresen, Anfälle amnestischer und sensorischer Aphasie, Gehörshallucinationen, Kopfweh, herabgesetzte Sehnen-Reflexe. Später Krankheitsbild der fortschreitenden Paralyse.

Erb (Heidelberg), Syphilis und Tabes. — Berlin. klin. Wochenschrift No. 11.

Erb bricht hier wieder eine Lanze für die Syphilis-Aetiologie der Tabes. Bei neuerdings beobachteten 200 Tabischen, Alle den höheren Ständen angehörigen Männer, waren nur 7,5 pCt. frei von jeder nachweisbaren syphilitischen Infection, 92,5 pCt. dagegen mit solcher behaftet und zwar 61,5 pCt. mit sicherer secundärer Syphilis und 31,0 pCt. mit Schanker ohne bemerkte secundäre Symptome.

Dies Ergebniss stimmt vollkommen mit *Erb*'s früheren Statistiken (unter 500 Tabikern — 10,8 pCt. Nichinficirte und 89,2 pCt. früher Inficirte), ja geht sogar noch etwas über dieselben hinaus.

Auf Grund dieser Zahlen polemisirt *Erb* lebhaft gegen *Storbeck*'s (eines Schülers *Leyden*'s) neue Publication, nach welcher von 108 geprüften Tabikern nicht weniger als 58,3 pCt. oder gar 69,4 pCt. sicher nicht syphilitisch gewesen sein sollen. Das Ergebniss laute aber ganz anders, wenn man die stets nur ungenügend zu beurtheilenden Frauen aus dieser Statistik ausscheide; denn von den 75 untersuchten Männern allein seien nur 40 pCt. nicht inficirt gewesen!

Glück (Sarajevo), Tabes dorsalis und Syphilis. — Wiener medic. Wochenschrift No. 7.

Verf. bekennt sich als entschiedener Gegner der Syphilis-Aetiologie der Tabes. Ausser einer ganzen Reihe schon vielfach betonter klinischer, anatomischer und therapeutischer Gegengründe führt er die immerhin interessante Thatsache an, dass nach seinen eigenen und mehrerer anderer Collegen zuverlässigen Beobachtungen in Bosnien und Herzegovina die Syphilis und zwar gerade die inveterirte tertiäre Syphilis ungemein verbreitet sei — während Tabes dorsalis in jenen Ländern kaum je beobachtet werde!

---

8. Epilepsie und Hysterie. Referent: Vorster-Stephansfeld.

Féré, Charles, Die Epilepsie. — Autorisirte Uebersetzung von Dr. *Paul Ebers*, Volontärarzt an der Irrenheilanstalt Marburg i. H. Mit einem Vorwort von Professor Dr. *Tuczek*. — Mit 65 Figuren im Text u. 1 Tafel. — Leipzig. Verlag von Wilhelm Engelmann. 1896.

Das vorliegende Werk behandelt in umfassender, klarer Weise das gesammte Gebiet der Epilepsie. Dem Verf. steht reichste Erfahrung zur Seite und hat er aus der Fülle derselben die geeigneten Beispiele stets zur Erläuterung beigegeben. Nicht nur für den Specialisten hat das vortreffliche Buch seinen hohen Werth, sondern auch ganz besonders für jeden Arzt. —

Die Uebersetzung ist eine sehr gute, fliessende. —

Das Studium des ausgezeichneten Buches wird auf's Wärmste empfohlen.

Claritto, C., Il bagno d'aria calda come mezzo terapeutica d'alcuni parossismi epilettici. — Riv. di fren. XXIII, 1.

Bei Gelegenheit seiner (in der *Morselli*'schen psychiatrischen Klinik zu Genua) angestellten Experimente über die giftige Wirkung des Schweisses Epileptischer auf Kaninchen nahm Verf. den günstigen Einfluss des Heissluftbades auf den Verlauf der Epilepsie wahr, und glaubt darin ein Ersatzmittel für den Bromgebrauch gefunden zu haben. „Das Heissluftbad (sagt er) erwies sich mir als vorzügliches Mittel, um den Ausbruch der epileptischen Anfälle zu verhüten oder sie zu unterbrechen.“ Die Reinigung und Antisepsis der Verdauungswege und die sonstigen secretionsbefördernden Mittel sind nebenbei nicht zu vernachlässigen. *Fraenkel.*

Ackermann, Das Amylenhydrat im Status epilepticus. — Zeitschrift für Behandlung Schwachsinniger No. 4.

Verf. empfiehlt besonders den Gebrauch des Amylenhydrat im Status epilepticus. Als „ständiges Nahrungsmittel“ für Epileptiker sei das Amylenhydrat nicht empfehlenswerth, da es hier nicht mit den Bromsalzen concurriren könne. Verf. theilt aber eine Reihe von Fällen mit, bei denen das Amylenhydrat im Status epilepticus von vortrefflicher Wirkung war; es wurde im Klysma gegeben. — Verf. betont, dass das Amylenhydrat ein sehr werthvolles Mittel sei, um den im Status epilepticus oft arg gefährdeten Kranken beizuspringen, und man könne *Wildermuth*, dessen Empfehlungen die Anwendung des Amylenhydrats zu verdanken sei, nicht dankbar genug sein. — Nach Verf.'s Ansicht dürfte die Anwendung des Amylenhydrats auch bei Eklampsie nicht irrationell sein.

Haig, Further observations on the excretion of uric acid in epilepsy and the effects of diet and drugs on the fits. — Brain. Frühjahr.

Haig, der seine Ansicht auch schon in Brochüren verfochten hat, bringt hier in sehr ausführlicher Weise neue Stützpunkte für seine Annahme, dass die Epilepsie in vielen Fällen ebenso, wie die Migräne durch ein Zurückhalten von Harnsäure im Blute verursacht sei. Der Harnsäureüberschuss führt nach *Haig* zu Verengerung der kleinen Hirngefässe, dadurch zu vermehrtem Blutdruck, dadurch zu den Anfällen. Vor den Anfällen fand er stets die Harnsäure im Verhältniss zum Harnstoff im Urin vermindert, während derselben vermehrt. Migräne und Epilepsie hält *Haig* für sehr nahe verwandt. In der diätetischen Therapie der Epilepsie soll Fleischnahrung ganz vermieden werden, doch auch Thee, Kaffee, Cacao, die Xanthin enthalten, welches in derselben Weise wirke, wie Harnsäure.

Lewald.

Lenoble, Émile, Le nystagmus et la trépidation épileptoïde considérés comme syndrome clinique traduisant la marche des anesthésiques à travers l'axe encéphalo-médullaire. — Arch. général. de médec. — Septbr.

Verf. stellte an Personen, die durch Aether-Inhalationen narcotisirt wurden, Beobachtungen an und fand dabei, dass zwei Symptome, der Nystagmus und der Fussclonus, besonders häufig auftraten. Auf Grund der Untersuchung von 50 Fällen kommt er zu folgenden Ergebnissen:

Der Nystagmus zeigt sich meistens im Beginne der Muskelerschlaffung und tritt nur selten erst im Verlaufe der tiefen Narkose auf. Im Augenblicke seines Erscheinens ist der Corneal-Reflex mehr oder weniger ab-

geschwächt, selten völlig aufgehoben. In der Hälfte der Fälle wurde Nystagmus beobachtet, die Zuckungen verlaufen in sagittaler Richtung.

Der Fussclonus, der in gewöhnlicher Weise zu erzeugen ist, fällt in die Periode der Anästhesie, welche zu chirurgischen Eingriffen verwerthbar ist, in die Zeit der Muskelerschlaffung. Mit der Rückkehr des Muskeltonus schwächen sich die clonischen Bewegungen ab und dauern nach dem Erwachen nicht mehr fort. In mehr als in zwei Drittel der Fälle war Fussclonus nachweisbar.

Kommen beide Symptome zusammen vor, so erscheint zuerst der Nystagmus und gewöhnlich folgt dann sogleich der Fussclonus. In einzelnen Fällen stellen sich beide gleichzeitig ein, aber niemals kommt der Fussclonus vor dem Nystagmus.

Verf. knüpft daran einzelne theoretische Erwägungen und führt die Symptome zurück auf eine Steigerung der Reflexerregbarkeit der nervösen Centren durch den Aether. Als weitere Factoren kommen dann noch die Lähmung der Hirncentren und der Einfluss der Kohlensäure in Betracht.

Fincke, Epileptiforme Krämpfe und Lähmung aus traumatischer Ursache geheilt durch Trepanation. — Deutsche medicinische Wochenschrift No. 33.

Verf. berichtet über einen höchst interessanten, wenn auch noch in mehrfacher Hinsicht nicht aufgeklärten Fall. Ein 23jähriger Bergmann hatte im Januar 1885 eine complicirte Schädelfractur erlitten. 4 Wochen nach der Verletzung traten Lähmungen der linksseitigen Extremitäten auf, einige Monate später folgten epileptiforme Anfälle, welche in der linken Körperseite ihren Anfang nahmen. Schliesslich traten in 24 Stunden 15 bis 18 Anfälle auf und der Kranke kam mehr und mehr herunter.

In einer ersten Operation wurde die schwielige Narbe am Uebergange des linken Stirnbeins zum Scheitelbein und eine darunter gelegene hühnereigrosse Cyste entfernt, ohne dass ein Erfolg bemerkbar wurde. Auch die 8 Tage später vorgenommene Excision einer. hinter der Narbe gelegenen Knochenprominenz blieb ohne Erfolg. In einer dritten Operation wurde eine Trepanationsöffnung grade über dem motorischen Centrum angelegt, die Dura eröffnet, etwas Krankhaftes fand sich nicht. Gleichwohl blieben nach dieser 3. Operation die Krämpfe fort und der Kranke erholte sich zusehends.

Bodon, Carl, Ueber drei mit Ovariinum siccum (*Merck*) behandelte Fälle, darunter 1 Fall von Epilepsie. — Deutsche medicinische Wochenschrift No. 45.

Der letztere Fall betrifft eine 18jährige Patientin mit typischen epileptischen Anfällen, bei der unter Darreichung von Ovariintabletten eine

erhebliche Verminderung der Anfälle erzielt wurde. Bei der kurzen Beobachtungszeit sind alle therapeutischen Schlussfolgerungen mindestens verfrüht.

Abeles, V., Ueber Singultus-Epidemien. — Wiener klin. Rundsch. No. 51 u. f.

Verf. berichtet aus eigener Beobachtung über eine Singultus-Epidemie in einer Mädchenschule. Der erste Erkrankungsfall betraf ein Mädchen mit ausgesprochen nervöser Disposition. Allmählich erkrankten zehn weitere Schulmädchen und zwar erfolgte der erste Anfall fast immer in der Schule. Die Epidemie dauerte im Ganzen 9 Monate lang. Anderweitige hysterische Erscheinungen bestanden nicht.

In der Literatur sind einschlägige Mittheilungen nur recht spärlich anzutreffen. Verf. fand nur eine Notiz von *Bernhard.* Er erwähnt dann drei weitere Beiträge aus der Praxis eines Collegen, von denen zwei in den verschiedenen Häusern einer Stadt, ein anderer in einem Spital, wie in der *Bernhard*'schen Mitthelung, zur Beobachtung kamen.

Behr, A., Ein Fall von Hysterie im Anschluss an Leuchtgaseinathmung. — Wiener medic. Wochenschrift No. 40.

Der interessante Fall betrifft einen 36jährigen Beamten an einer Gasfabrik. Als dieser des Nachts bei einem Rundgange plötzlich einen Gasgeruch verspürte, gerieth er in einen grossen Schrecken, fürchtete, es werde gleich eine Explosion eintreten und verlor alle Selbstbeherrschung. Man fand ihn mit Händen und Füssen um sich schlagend, in weinerlicher, verzagter Stimmung, ohne allen Halt. Der Kranke hatte eine Menge unangenehmer Empfindungen an den verschiedensten Körperstellen, war überempfindlich und empfand leise Geräusche lästig. Zeitweise stellten sich Anfälle ein. Dieselben waren von auraähnlichen Empfindungen begleitet, Uebelkeit, Zusammenziehen in der Brust, Globusgefühl und vasomotorischen Erscheinungen. Ein Anhaltspunkt für eine organische Schädigung ergab sich nicht.

Der Mangel auffallender körperlicher Erscheinungen, die krankhafte Gefühlsweise, die Leichtigkeit, mit welcher sich seelische Erregungen auf körperlichem Gebiete geltend machten — alles dies und anderes mehr wles auf Hysterie hin.

Verf. weist mit Recht die Annahme, als ob das Leuchtgas die Ursache der Erkrankung bilde, zurück und macht in erster Linie das psychische Trauma verantwortlich. Auch im vorstehenden Falle spielt jedoch das Trauma nur die Rolle eines „Agent provocateur“, da es sich um einen Mann handelte, welcher von Haus aus zu Sonderbarkeiten neigte, durch Lues geschwächt war und von einem trunksüchtigen Vater abstammte.

Verf. schliesst sich *Moebius* in dessen Ausführungen über das Wesen der Hysterie an und betont, dass die Suggestibilität den Boden schafft, auf dem die Hysterie entsteht. Allerdings übertrieb der Kranke im vorliegenden Falle seine Krankheitserscheinungen, aber daraus ergab sich nicht, dass er simulirte. Mit der Vorstellung, krank zu sein, verknüpfte sich bei ihm vielmehr der Wunsch, krank zu sein.

Sachs, B., und _Gerster, A. G._, Die operative Behandlung der partiellen Epilepsie. — Deutsche medic. Wochenschrift No. 35.

Die Verf. berichten über 19 Fälle von Epilepsieoperationen. Darunter waren im Ganzen drei Todesfälle, von denen jedoch nur ein einziger als unvermeidliche Folge der Operation zu betrachten ist (unstillbare Blutung). Im Uebrigen wurden von den 19 Fällen 3 höchstwahrscheinlich geheilt, 5 gebessert, während 11 Fälle durch die Operation in keiner Weise günstig beeinflusst wurden. Eine eingehendere tabellarische Zusammenstellung giebt einen kurzen Ueberblick über die einzelnen Beobachtungen.

Die Verf. ziehen aus ihren Erfahrungen folgende Schlüsse:

1. Zur Operation eignen sich diejenigen Fälle von partieller Epilepsie, in denen höchstens 1—3 Jahre seit dem traumatischen Insult resp. der Entstehung der Krankheit verstrichen sind.

2. Bei Depression des Schädels oder bei sonstiger Schädelverletzung ist der chirurgische Eingriff auch nach Jahren noch gestattet, jedoch dann weniger günstig.

3. Einfache Trepanation genügt in manchen Fällen, besonders, wenn es sich um Schädelverletzung oder Cystenbildung handelt.

4. Excision des corticalen Herdes ist anzurathen, wenn die Epilepsie erst kurze Zeit besteht und auf einen genau zu bezeichnenden Hirntheil hinweist.

5. Da solche corticalen Herde oft nur mikroskopisch nachweisbar sind, so soll die Excision auch dann vorgenommen werden, wenn der betr. Theil makroskopisch normal erscheint.

6. Chirurgischer Eingriff bei Epilepsie in Verbindung mit cerebraler Kinderlähmung ist gestattet, namentlich wenn solche nicht gar zu spät nach Eintritt der Lähmung in Behandlung kommt.

7. In veralteten Fällen von partieller Epilepsie, mit weit verbreiteter Degeneration der Associationsfasern, ist jeder chirurgische Eingriff völlig werthlos.

Müller, Franz, Zur Therapie der Epilepsie. — Wiener klinische Rundschau No. 12.

Verf. weist mit vollem Recht darauf hin, dass die erste Bedingung in der Epilepsie-Therapie die genaueste Eruirung der Aetiologie ist. Er führt aus seiner Praxis drei einschlägige Fälle an. Im ersten Falle, bei einem

16jährigen Mädchen, waren Eingeweidewürmer die Grundursache des Leidens, im zweiten Falle psychische Ueberanstrengung, im dritten Onanie und Alkoholmissbrauch. Durch geeignete Therapie liess sich bei allen drei Patienten Heilung erzielen.

Gumpertz, Karl, **Ueber die Beziehungen zwischen Diabetes mellitus und Hysterie. — Deutsche medic. Wochenschrift No. 49.**

Verf. erwähnt kurz das Vorkommen von Diabetes mellitus bei nervösen und psychischen Störungen und beschreibt dann folgenden selbstbeobachteten Fall. Bei einem älteren nur wenig belasteten, bisher gesunden Mann stellten sich Krämpfe ein, die meistens nicht von Bewusstseinsverlust begleitet waren. Sie wurden eingeleitet durch allgemeines Uebelbefinden, dann schloss sich Sprachlosigkeit, Weinkrampf an. Dem Anfalle folgte kurzdauernde linksseitige spastische Lähmung. Daneben besteht linksseitige Amblyopie, Aufhebung der cranio-tympanalen Schalleitung und Gesichtsfeldeinschränkung, sowie hyperästhetische Zonen, die in gewissem Grade spasmogen und krampfhemmend sind. — Diagnose also Hysterie.

Sieben oder acht Jahre nach dem ersten Krampfanfall tritt in Folge von Krankheit und psychischer Verstimmung Polydipsie, Polyphagie und Glykosurie ein und der Ernährungszustand wird progressiv schlechter. Die Symptome entsprechen ganz dem Diabetes der Fettleibigen; der Aetiologie nach handelt es sich aber um neurogenen Diabetes.

Freud, S., **Zur Aetiologie der Hysterie. — Wiener klin. Rundschau No. 22 u. f.**

Freud geht von der Theorie *Breuer*'s aus, wonach die Symptome der Hysterie ihre Determinirung herleiten von gewissen traumatisch wirksamen Erlebnissen der Kranken, als deren Erinnerungssymbole sie im psychischen Leben derselben reproducirt werden. Auf diesem Wege glaubt *Freud* einen Zugang zu den Ursachen der Hysterie finden zu können. Wenn man den Ketten associirter Erinnerungen folgt, welche die Analyse jedes einzelnen Symptoms bietet, so gelangt man nach *Freud* schliesslich unfehlbar auf das Gebiet des sexuellen Lebens. In 18 Fällen von Hysterie konnte er diesen Zusammenhang für jedes einzelne Symptom erkennen und, wo die Verhältnisse es gestatteten, durch den therapeutischen Erfolg bestätigen.

Die betreffenden sexuellen Erlebnisse fallen zumeist in das Alter der Pubertät. Dahin gehören Versuche der Vergewaltigung, unfreiwillige Zeugenschaft bei sexuellen Acten der Eltern, auch oft nur kleinliche Erlebnisse (obscöne Fragen). Darnach wären Hysterische gewissermaassen Personen, die den Anforderungen der Sexualität psychisch nicht Genüge leisten können. Weiter stellt *Freud* die Behauptung auf, dass jedem Falle von Hysterie ferner ein oder mehrere Erlebnisse von vorzeitiger sexueller Erfahrung, die der frühesten Jugend angehören, zu Grunde liegen. Für

die Realität dieser infantilen Sexualscenen spricht ihre Uniformität. *Freud* erwartet, dass eine vollständige Psychoanalyse die radicale Heilung einer Hysterie bedeutet.

Sexuelle Erfahrungen der Kindheit, die in Reizungen der Genitalien, coitusähnlichen Handlungen u. s. w. bestehen, sollen in letzter Analyse als jene Traumen anerkannt werden, von denen die hysterische Reaction gegen Pubertätserlebnisse und die Entwickelung hysterischer Symptome ausgeht. Dafür spricht nach *Freud* vor Allem der Nachweis der associativen und logischen Bande zwischen den infantilen Scenen und den hysterischen Symptomen. Neben dieser specifischen Aetiologie kommen auch noch andere auxiliäre Momente in Betracht.

Auf die Existenz der infantilen Sexualerlebnisse kommt es jedoch nicht allein an, sondern diese Scenen müssen als unbewusste Erinnerungen vorhanden sein. Nur so lange sie unbewusst sind, können sie hysterische Erscheinungen unterhalten. Wir heilen die Kranken dadurch, dass wir die unbewussten Erinnerungen der Infantilscenen in bewusste verwandeln. Auf Grund seiner Untersuchungsergebnisse kommt *Freud* ferner zu dem Satz: die Reaction der Hysterischen ist nur eine scheinbar übertriebene; sie muss uns so erscheinen, weil wir nur einen kleinen Theil der Motive kennen, aus denen sie erfolgt.

Einige aus den Krankenbeobachtungen herausgegriffene Einzelheiten sind zu kurz gehalten, um überzeugen zu können. Ausführliche Krankengeschichten auf Grund deren man sich ein eigenes Urtheil bilden könnte, sind leider nicht mitgetheilt und so kann man der auffallenden Theorie des Verf. nur skeptisch gegenüberstehen.

Leuch, (Zürich), Eine sogenannte Chorea-Epidemie in der Schule. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte No. 15.

Diese Epidemie kam in einer Züricher Schule zur Beobachtung und wurde durch ein Schulmädchen aus Bern, woselbst ähnliche Epidemien bestanden, eingeschleppt. Es handelte sich dabei um anfallsweise auftretende, tremor-ähnliche Bewegungen, (—) an den Vorderarmen und Händen (welche an Paralysis agitans erinnern). In einer Klasse wurden 13 Mädchen ergriffen, dann auch eine Lehrerin und letztere übertrug die Epidemie in eine andere Klasse. Die Anfälle traten meistens nur in der Schule auf. Schreiben war dabei möglich und das Geschriebene leserlich, jeder Buchstaben zeigte jedoch die Spuren von Zitterbewegungen. Trotzdem Knaben und Mädchen in beiden Klassen fast in gleicher Zahl vertreten waren, erkrankte nur 1 Knabe gegenüber 25 Mädchen. Durch Zureden konnten die Anfälle oft unterbrochen werden. Bei 5 Kindern wurde eine genaue Augenuntersuchung vorgenommen und bei 2 derselben fand sich eine Einengung des Gesichtsfeldes. Unter weiterer Berücksichtigung der Natur der Anfälle musste die Diagnose auf Hysterie gestellt werden.

Die Epidemie dauerte im Ganzen 7 Monate und erreichte dadurch ihr Ende, dass die Kinder vom Schulbesuch ausgeschlossen und von einander getrennt wurden.

Lanphear, Emory, (St. Louis), Hysterische Taubheit und Aphasie bei einem Mann. — Maasslose Masturbation bei einem 7jährigen Mädchen. — The Alienist and Neurologist. October 1895.

Verf. theilt 2 Fälle kurz mit. Der erste betrifft einen 42jährigen Mann, bei dem sich nach hochgradigen sexuellen Excessen plötzlich Taubheit, Aphasie und rechtsseitige Hemieanästhesie einstellte. In wenigen Tagen schwanden alle Störungen bis auf die Anästhesie. — Im 2. Falle handelt es sich um ein 7jähriges Mädchen, welches seit ihrem 3. (!) Jahre masturbirte und seit dem 6. (!) Jahre regelmässig sexuelle Zusammenkünfte mit 10—15jährigen Knaben hatte. Die Patientin wurde durch diese Excesse geistig völlig stumpf und kam auch körperlich herunter. Durch geeignete Behandlung wurde sie von ihrem Laster befreit und erholte sich dann wieder völlig körperlich und geistig. Neuropathische Belastung soll im 2. Falle nicht vorgelegen haben.

Taty, Th., (Lyon), Zwei Fälle hysterischen Irreseins auf infectiöser Grundlage. — Annal. méd.-psychol. 1895 Novbr.—Dezbr.

Verf. weist auf die Bedeutung hin, welche Infectionskrankheiten in der Aetiologie der Hysterie haben, ferner auf die Aehnlichkeit, welche zwischen den hysterischen und den Intoxications-Delirien, spec. den alkoholischen, besteht. Er beschreibt dann 2 Fälle von Hysterie, die im Anschluss an Infectionskrankheiten entstanden sind. Der 1. Fall betrifft eine 23jährige Frau, welche 1 Monat nach einem normalen Partus geisteskrank wurde, anfangs manisch, dann melancholisch war, zugleich urämische Erscheinungen hatte. Schliesslich traten hysterische Erscheinungen auf. Die Erkrankung war von hohem Fieber begleitet. Im 2. Falle handelt es sich um eine 28jährige Frau, die später an Lungentuberculose starb. Die Hysterie äusserte sich bei ihr in Krampfanfällen und kataleptischen Erscheinungen. Verf. glaubt auch in diesem Falle die Hysterie in ursächlichem Zusammenhange mit der Tuberculose bringen zu können.

Bonnet, Henry, Hysterische Lähmung mit Contractur und Geistesstörung. — Annal. médic. psychol. Januar—Februar.

Verf. beschreibt kurz folgenden Fall. Ein 18jähriges Mädchen, die mit 13 Jahren menstruirt, leidet seit einem Jahre an Menstruationsstörungen, schliesslich Amenorrhoe. Seit dem Fortbleiben der Menses psychisch gestört, Erregungszustände wechseln ab mit tiefer Depression. Zugleich traten hysterische Erscheinungen auf, linksseitige motorische und

sensibele Lähmung, Contraction der linken Hand, Amaurose auf dem rechten Auge mit Lähmung der Augenmusculatur und Sensibilitätsstörungen der Umgebung. Dabei fanden sich tuberculöse Erscheinungen auf den Lungen (auf Bacillen wurde anscheinend nicht untersucht). Unter electrischer und diätetischer Behandlung schwanden in wenigen Monaten sämmtliche Störungen, auch die Lungenerscheinungen. Verf. kommt zu dem Schluss, dass die organischen und psychischen Krankheitserscheinungen durch die Tuberculose bedingt sind.

Lemoine, De l'Épilepsie avec conscience. — Bulletin de la Société de Méd. ment.

Verf. berichtet über 4 Kranke, welche an echter Epilepsie leiden und während der Anfälle das Bewusstsein nicht verloren. Im 1. Falle handelt es sich um eine 39jährige Frau, die seit 8 Jahren epileptisch ist. Während des typischen epileptischen Anfalls, während des tonischen und klonischen Stadiums, verlor sie nicht das Bewusstsein, beantwortete Fragen etc. Nur zeitweise traten klassische Anfälle ebenso Abscensen mit Bewusstseinsverlust und Amnesie auf. Hysterische Erscheinungen fehlten. Ganz ähnlich ist der 2. Fall.

Im 3. Fall bleibt das Bewusstsein nur während eines Theils des Anfalls erhalten, ist während der andern Zeit aufgehoben. Es handelt sich nicht um *Jackson*'sche Epilepsie, die überhaupt bei diesen Fällen ausgeschlossen ist.

Im 4. Fall sagt die Patientin während des Anfalls zu ihrem Manne, ich werde dich beissen, beisst ihn dann und spuckt ihn an. Beim Erwachen aus dem Anfall erinnert sie sich dessen genau. Während eines anderen Anfalls wirft sie ihrer Mutter ein Tintenfass an den Kopf und weiss dies nachher ebenfalls genau. Diesen 4. Fall würde ich nach den mitgetheilten Beobachtungen nicht zur echten Epilepsie rechnen, sondern eher zur Hysterie resp. zu dem Uebergangsgebiet der Hystero-Epilepsie. Es ist bekannt, wie schwer unter Umständen die Abgrenzung der hysterischen von den epileptischen Krampferscheinungen sein kann.

Walsh, Tull, Mittheilungen über die Behandlung der Epilepsie. — The Journ. of ment. science. April.

Verf. berichtet über 18 Fälle von Epilepsie, die meistens mit Brompräparaten behandelt wurden. Bei prä- und postepileptischen Erregungszuständen wurde Morphium und Sulfonal gegeben. Enthält nichts Neues.

Schneyer, J., Ein Fall von hysterischer Osteomalacie-Imitation. — Wiener klin. Rundschau No. 49.

Verf. erwähnt folgenden interessanten Fall. Eine 43jährige Frau, die hereditär nicht belastet, die nicht geboren, nicht abortirt hat, erkrankte

im Anschluss an ein Trauma (ein Waschtrog fiel ihr aufs Kreuz). Kurze Zeit nach dem Trauma bewusstlos, dann andauernde Schmerzen im Kreuz und in den Beinen. Behandelt von einem Frauenarzt, bei dem sie viele Osteomalaciekranke zu sehen Gelegenheit hatte. Anfangs wurde die Diagnose auf Osteomalacie (allgemeine Druckempfindlichkeit der Knochen, starke Adductorencontractur, gesteigerte Reflexe) gestellt, später auf Hysterie, da Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen auftraten, sowie concentrische Einengung des Gesichtsfeldes und Fehlen des Gaumenreflexes. Die Suggestionstherapie hatte einen sehr günstigen, allerdings nur vorübergehenden Effect.

Verf. weist auf die Schwierigkeiten hin, mit welchen die Beantwortung der Frage, ob Hysterie oder Osteomalacie, verknüpft sein kann, da ja bekanntlich bei der Osteomalacie sehr häufig nervöse Störungen vorkommen. Im vorliegenden Falle handelt es sich seiner Ansicht nach nicht um eine Combination von Osteomalacie und Hysterie, sondern um die Imitation des osteomalacischen Symptomencomplexes bei einer Hysterischen.

Jez, V., Ueber einen seltsamen Symptomencomplex bei Hysteria virilis. — Wiener medic. Wochenschrift No. 31.

Verf. erwähnt einen Fall von Nachahmungshysterie bei einem 26 jährigen, neuropathisch belasteten Mann, der als Eisengiesser eine höchst anstrengende Arbeit hatte. Nachdem mehrere Mitarbeiter erkrankt waren, stellte sich bei dem Patienten ein Anfall von Bewusstlosigkeit mit Krämpfen ein. Darnach heftige Schmerzen im Hinterhaupt, die sich bei Druck steigern, ferner linksseitige Ptosis, Lähmung der äusseren und inneren Muskeln des rechten Auges, Lähmung des ganzen linken Facialis und Hypoglossus, Einschränkung des Gesichtsfeldes, linksseitige Hemianästhesie mit Einschluss der Schleimhäute. Zeitweise erfolgten Anfälle, darunter solche mit Arc de cercle. Durch eine rationell durchgeführte psychische Behandlung verbunden mit Electrotherapie wurde Patient in kurzer Zeit geheilt.

Vakadinovic, J., Ein Fall hysterischer, mit Taubheit verbundener Aphasie nach einem hysteroepileptischen Anfalle. — Wiener medic. Presse No. 8.

Es handolt sich um einen 17 jährigen, neuropathisch belasteten Jüngling. Nachdem 2 Tage lang Gesichts- und Gehörshallucinationen bestanden hatten, erfolgte ein hysterischer Anfall, darnach war Patient taub und aphasisch. Nach 3 Tagen kehrte das Gehör und nach 8 Tagen die Sprache zurück.

Lauterbach, M., Ein Fall von seniler Epilepsie. — Wiener medic. Presse No. 29.

Bei einer 80 jährigen an Arteriosklerose leidenden Patientin treten epileptische Anfälle auf. Sonst nichts Bemerkenswerthes.

Treupel, G., Ueber die Art der Entstehung und die Behandlung hysterischer Motilitätsstörungen im Kehlkopfe. — Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 52.

Auf Grund systematischer Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen: Jeder Gesunde vermag alle die Störungen des Athmens und Sprechens, die bei Hysterischen beobachtet werden, mit denselben äusserlichen Merkmalen und Kehlkopfbildern unter dem Einflusse des Willens zu erzeugen. Es handelt sich gar nicht um einzelne Stimmbandlähmungen, sondern es werden einzelne Muskeln oder Muskelgruppen absichtlich ausser Function gesetzt. Der Hysterische unterscheidet sich von dem Gesunden dadurch, dass er die gelegentlich (in Folge eines Schrecks, Nachahmung) angenommenen eigenartigen Bewegungen unter dem Einflusse einer krankhaften Vorstellung beibehält. Unter besonderen Umständen z. B. durch das Einführen eines stärkeren Reizes kann bei Hysterischen der normale Bewegungsvorgang wieder auftreten.

Bei der Besprechung der Therapie betont *Treupel* den Werth der psychischen Behandlung und verlangt, dass damit stets systematische Stimm- und Athemübungen zu verbinden sind. Die Methode derselben wird eingehend erörtert.

In einem Nachtrage vertheidigt Verf. gegenüber *H. Burger* seine Auffassung, dass es sich bei diesen hysterischen Motilitätsstörungen vielmehr um eine Störung der Coordination wie um eine Lähmung handele.

Burger, H., Bewegungsstörungen im Kehlkopf bei Hysterischen. — Berliner klin. Wochenschrift No. 7.

Verf. wendet sich gegen den vorstehenden Aufsatz sowie eine weitere Monographie desselben Autors über Bewegungsstörungen im Kehlkopfe bei Hysterischen. Zur Wiedergabe im Referat nicht geeignet.

Treupel, G., Noch einmal: Die Bewegungsstörungen im Kehlkopfe bei Hysterischen. — Berliner klin. Wochenschrift No. 11.

In dieser Entgegnung auf den vorstehenden Aufsatz hält Verfasser seine Ansichten aufrecht. Ebenfalls zur Wiedergabe im Referat nicht geeignet.

---

9. Alcoholismus. Toxische Psychosen. Ref.: Peretti-Grafenberg.

Lewald, Ueber öffentliche Trinker-Heilanstalten. — Irrenfreund No. 7 u. 8.

Nach seinen Erfahrungen in der Berliner Irrenanstalt Herzberge glaubt Verf. nicht, dass sich aus den ärmeren Ständen — für die wohlhabenden Alcoholisten ist durch Privatheilanstalten in ziemlich genügender Weise gesorgt — eine nennenswerthe Zahl von Alcoholisten bewogen fühlen wird, aus eigenem Entschluss in eine Trinkerheilanstalt einzutreten und sich zu einem längeren Aufenthalt dort zu verpflichten, und er verspricht sich nur dann von einem Trinkerasyl etwas, wenn wir ein Trunksuchtsgesetz nach dem Muster von St. Gallen haben, nach welchem Personen, die gewohnheitsmässig dem Trunk ergeben sind, in einer Trinkerheilanstalt nicht nur, wie in England, auf eigenes Verlangen, sondern auch durch ein Erkenntniss der Polizeibehörde, also zwangsweise untergebracht werden können. Wenn es nun auch sehr fraglich ist, ob in Deutschland in absehbarer Zeit ein solches Gesetz zu Stande kommen wird, so bedeutet doch das neue am 1. Januar 1900 in Kraft tretende bürgerliche Gesetzbuch insofern einen Fortschritt, als Alcoholisten entmündigt werden können, und es wird anzustreben sein, dass gesetzlich die Zulässigkeit ausgesprochen wird, die entmündigten Trinker in eine geeignete Anstalt zu bringen. Die Errichtung besonderer öffentlicher Anstalten zur ausschliesslichen Behandlung chronischer Alcoholisten möchte *Lewald*, wenigstens vorläufig nicht empfehlen, er hält vielmehr die Irrenanstalten geeignet zur erfolgreichen Behandlung dieser Kranken, die ja auch vom psychiatrischen Standpunkte als Geisteskranke anzusehen sind. Auch hierbei geht er von seinen Herzberger Erfahrungen aus, wo eine besondere Abtheilung für chronische Alcoholisten eingerichtet ist, die vollständig von den anderen Abtheilungen getrennt ist und in der die Abstinenz, auch für das Personal, streng durchgeführt wird. Ob aber die grossstädtischen Verhältnisse sich ohne Weiteres auf die Provinzialanstalten übertragen lassen, dürfte zweifelhaft sein; das allerdings muss *Lewald* zugestanden werden, dass die Verbindung mit der Irrenanstalt die richtige Gewähr für eine sachverständige Behandlung bietet.

Béla, Nagy, Zur Statistik des Alcoholismus in Budapest. — Wiener medic. Wochenschrift No. 3—5.

Unter den in dem St. Rochus- und in dem Johannesspital in den Jahren 1881—1892 aufgenommenen 6642 Kranken (4013 Männer, 2629 Frauen) litten 1098 (963 männl. und 135 weibl.) an Alkoholintoxication

und zwar 968 an alkoholischer Verwirrtheit, wozu auch der pathologische Rauschzustand, der acute Alkoholwahnsinn und das Delir. trem. gerechnet sind, 39 an Vesania alcoholica, 51 an Dementia alcoholica und 40 an Epilepsia alcoholica. Bis zum Jahre 1886 nahm der Alcoholismus zu, von 1887 dagegen ab. Die Ursache für die Zunahme des Alcoholismus in Budapest sucht Verf. 1. in der 1885er Landesausstellung, wo ein ganzes Heer von Tagelöhnern, die sich zumeist aus dem schwächlichen Menschenschlag im nördlichen Ungarn recrutirten und unter schlechten sanitären Verhältnissen lebten, die Hauptstadt überfluthete, und 2. in der enormen Vermehrung der Phylloxera, welche eine starke Preissteigerung des Weines herbeiführte, die zum Branntweingenuss drängte. Die spätere Abnahme des Alcoholismus erklärt Verf. aus der in Folge der Abnahme der Weinproduction eingetretenen Vertheuerung geistiger Getränke, aus dem Fortschritt in der Technik der Fabrikation reineren, weniger Amylalkohol enthaltenden Branntweins, aus der zunehmenden Civilisation, der Volksaufklärung und der allgemeinen Besserung der sanitären Verhältnisse und aus dem 1888 in Kraft getretenen neuen Spiritusgesetze, das die Alkoholerzeugung beschränkt, die Spiritussteuer erhöht und die Brennereien unter Controle gestellt hat.

Als Mittel zur Bekämpfung des Alcoholismus empfiehlt Verf. 1. die Erhöhung der Arbeitslöhne, weil Verarmung Alcoholismus erzeugt, 2. die Verbesserung der allgemeinen sanitären Verhältnisse durch Sorge für gesunde Wohnungen, gutes Trinkwasser, gute Bekleidung und billige Nahrung, 3. Hebung der Civilisation, 4. Einschränkung der Alkoholproduction, 5. Fabrication von reinem Spiritus, 6. hohe Besteuerung des Alkohols, 7. strenge Bestrafung der Trunksucht, 8. Beschränkung der Dauer der Schankzeit und 9. Errichtung von Heilanstalten für alcoholistische Geisteskrankheiten.

***Bourneville* et *Boyer*, Instabilité mentale, alcoolisme crises hystériformes, Guérison. — Archives de Neurologie, März.**

Ein 12jähriger Junge, Sohn eines Weinhändlers, Mutter an Migräne leidend, immer hochmüthig und ungehorsam, seit dem 5. oder 6. Jahr Onanist, ändert sich ohne nachweisbare Ursache in seinem Wesen, wird auffahrend, drohend, wenn ihm etwas nach seinem Sinne ist, und bekommt bei Widerspruch sinnlose Wuthausbrüche; dazu gesellen sich Kopfschmerzen und hysterische Anfälle. Als Ursache muss heimlicher Weingenuss angesehen werden. Heilung trat durch Unterbringung im medico-pädagogischen Institut nach $^1/_2$ Jahr ein.

***Sérieux*, L'asile d'alcooliques du Département de la Seine. — Annal. méd. psych. Nov.—Dec. 1895.**

Sérieux, Les asiles de buveurs. — Annal. d'hygiène publique. April.

Zwei weitere Arbeiten des in der Trinkerasylfrage sehr rührigen Verfassers. Die erste enthält einen Bericht über die von irrenärztlicher Seite in Frankreich gemachten Anregungen und Vorschläge zu Trinkerasylen und über die zweckmässigste Einrichtung des geplanten Asyls im Seine-Departement für 500 Alcoholisten; in baulicher Hinsicht lehnt er sich ganz an die Altscherbitzer Villenbauten an.

Die 1. Arbeit giebt einen Ueberblick über das ganze Trinkerasylwesen von der ersten Gründung eines Asyls in Boston 1857 bis zu den letzten Projecten in Oesterreich und Frankreich und berücksichtigt die in den verschiedenen Ländern geltenden Bestimmungen hinsichtlich der Aufnahme etc.

Verf. tritt immer wieder dafür ein, dass die Trinkerasyle Heilstätten für Alkoholiker sein sollen, nicht aber eine Unterkunft für degenerirte und gefährliche Trinker und dass die Behandlung aus den drei Factoren: völlige Abstinenz, körperliche Arbeit, besonders ländliche Beschäftigung und moralische Beeinflussung zu bestehen habe.

Weinrich, Ueber Cocain-Intoxication von den Harnwegen aus. — Berliner klin. Wochenschrift No. 12.

Ein 37jähriger, an Blasentumor leidender, sonst kräftiger Mann war bereits 6 Mal behufs Untersuchung und Operation in der Weise cocainisirt worden, dass Cocain. mur. Merck 2:30 in 5 Portionen in die Harnröhre injicirt worden war, ohne dass irgendwelche Nebenerscheinungen aufgetreten waren. Als dann 60 Stunden nach der Operation (Entfernung des Tumors) zum 7. Male die Cocainlösung injicirt war, klagte er sofort über Kopfschmerz, Schwindel und Ohrensausen und verfiel dann in Coma und in Krämpfe der gesammten Musculatur mit *Cheyne-Stokes*'schem Athemtypus, Erweiterung der Pupillen, Erlöschen der Conjunctivalreflexe, starker Cyanose des Gesichts und langsamem, schwachen und unregelmässigen Pulse. Als nach $^3/_4$ Stunden die Krämpfe aufhörten und Athmung und Puls besser wurden, blieb Patient noch somnolent und kam erst $3^1/_2$ Stunden nach Beginn der Intoxicationserscheinungen wieder zum Bewusstsein. Sieben Tage nachher wurde er nochmals mit Sol. Cocain. Merck 1:30 cocainisirt, ohne die geringste Andeutung von Vergiftungserscheinungen.

Dieser Vergiftungsfall, der einzige unter den tausenden von Cocain-Applicationen in der specialistischen Praxis von *Nitze*, beweist, dass das Cocain gelegentlich ebenso heimtückisch und gefährlich wirken kann, wie das Chloroform, ohne dass man sich dagegen zu schützen im Stande wäre.

Verf. berichtet denn noch kurz über einen anderen Fall, in dem ein

80 Jahre alter Mann nach der zweiten Cocain-Injection von 2:30 bewusstlos wurde und Krämpfe bekam, ohne dass Respiration und Puls beeinträchtigt waren; nach $4^1/_2$ Stunden kehrte das Bewusstsein zurück, nachdem die Krämpfe, gegen die eine leichte Chloroformnarkose angewandt wurde, schon vorher nachgelassen hatten.

Müller, Franz C., Ueber den Selbstmord und dessen Beziehungen zum Alcoholismus. — Wiener klin. Rundschau No. 41 u. 42.

Die Zahl der Selbstmorde, die sich in Europa auf jährlich 50000 beläuft, scheint bei den civilisirten Völkern in beständiger und durchaus regelmässiger Vermehrung begriffen zu sein. Am häufigsten ist in Europa der Selbstmord in den protestantischen Ländern germanischer Nationalität, er wird seltener, wenn die Bevölkerung confessionell und national gemischt ist und ist am seltensten unter der katholischen Bevölkerung rein romanisch-keltischen Stammes im Süden und Westen Europas; so kamen in Frankfurt a. M. auf eine Million Einwohner 342, in Portugal nur 7 Selbstmörder.

Der Zusammenhang des Selbstmords mit dem ebenfalls fast durchweg in der Zunahme begriffenen Alkoholverbrauchs ist unverkennbar. In Belgien existirten 1841—1845 276 Schankstätten und 1888 deren 159000. Im Jahre 1841 gab es auf eine Million Einwohner 51 Selbstmorde, 1880 schon 97. In der Schweiz stieg die Zahl der durch Alkohol verursachten Selbstmorde auf das Fünffache. Den Gegenbeweis liefern Schweden und Norwegen. In Schweden sind die kleinen Brennereien, deren es 1829 noch 173124 gab, durch ein Gesetz im Jahre 1854 so vermindert worden, dass 1888 nur noch 173 bestanden, der Branntweinverbrauch sank in dieser Zeit von 46 Liter auf 6,9 Liter pro Kopf und Jahr; der durch Alkohol verursachte Selbstmord betrug 1861 noch 26 pCt. aller Selbstmorde, 1880 nur noch 14 pCt. In Norwegen sank der Alkoholconsum seit 1833 von 16 auf 3,5 Liter, 1856 kamen von 725 Selbstmorden 53 auf Rechnung der Trunksucht, 1875 von 669 nur 6.

Die Erklärung für den Zusammenhang zwischen Alkoholmissbrauch und Selbstmord ergiebt sich leicht aus der psychischen Entartung der chronischen Alkoholisten, aus der Schädigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit und aus den zahlreichen Alkoholpsychosen. Namentlich in der Jugend ist der Alkoholmissbrauch die Ursache schwerer Neurasthenien und die Neurasthenie führt deshalb leicht zum Selbstmord, weil entweder die veränderte Leistungsfähigkeit zur Zurücksetzung und zu materiellen Sorgen Veranlassung giebt oder weil der Neurastheniker von Angstzuständen heimgesucht wird, nicht genussfähig ist und sich in jeder Bethätigung seines Willens gehemmt fühlt.

Bannister and *Blumer*, The relations of alcoholic indulgence to insanity. — American Journal of Insanity. Januar.

In mindestens 10—12 pCt. sämmtlicher Psychosen ist der Alkohol die directe Ursache, als indirecte Ursache spielt er durch Erzeugung materiellen Elends, constitutioneller Schädigung, erblicher Belastung etc. eine noch viel grössere Rolle in der Aetiologie der Psychosen. Inwieweit mässiges Trinken psychische Störungen herbeizuführen im Stande ist, lässt sich schwerlich sagen, da der Begriff des „mässigen Trinkens" kein feststehender ist, bei dem Einen wirkt schon eine minimale Quantität Alkohol schädlich, während ein Anderer ohne Schaden grosse Mengen verträgt. Erblich belasteten und neuropathischen Individuen ist auch mässiges Trinken zweifellos unzuträglich.

Wood Reuton and *Yellowless*, On Recent Proposals Regarding Habitual Drunkards and other Offenders. — The Journal of mental science. Januar.

Beide Verfasser, von denen der erste Rechtsanwalt, der zweite Mediciner ist, sprechen sich für die Unterbringung der Gewohnheitstrinker in Arbeitsanstalten aus, wo sie zur Abstinenz und Beschäftigung gezwungen sind. Das Zusammensein der Trinker mit Bettlern und Landstreichern ist zwar kein idealer Zustand, aber die Gesetzgebung kann nicht diese Kategorien alle genau trennen.

Reuton's Vorschläge für das Trunksuchtsgesetz beziehen sich auf den Ausdruck „habitual drunkard", für den er lieber „inebriate" gesetzt haben will, um darunter auch den Missbrauch von Opium, Morphium oder anderen narkotischen und giftigen Substanzen einbeziehen zu können, auf die Formalitäten bei der Unterbringung der Trinker, auf die Ausdehnung der Detentionszeit bis zu 2 Jahren und auf Bestimmungen bei Entweichungen.

---

10. Idiotie und Cretinismus. Ref.: Wildermuth-Stuttgart.

Peterson, The Psychology of the Idiot. — American Journal of Insanity. Juli.

P. giebt in seinem Vortrag eine Uebersicht über die gesammte Psycho-Pathologie des Idiotismus, vorzugsweise über dessen psychische Erscheinungen. Zum Vergleich stellt er die einzelnen Entwicklungsstufen des gesunden Kindes nach *Preyer* voran.

Dann werden im Ganzen im Anschluss an *Sollier* die Functionen der Sinnesorgane und die seelischen Eigenschaften besprochen. Mit der An-

ordnung und Eintheilung der einzelnen wird man vielleicht nicht in allem einverstanden sein, auch der Begriff der intellectuellen Schwäche, der doch im Mittelpunkt der ganzen Erörterung stehen sollte, ist meines Erachtens nicht scharf genug hervorgehoben.

Aber im ganzen giebt der Vortrag ein richtiges Bild über die wesentlichen psychischen Erscheinungen der Idiotie. Wenn er die Ansicht von *Sollier* bekämpft, dass der mehr oder weniger grosse Mangel an Aufmerksamkeit das Wesen des idiotischen Schwachsinns ausmache, so hat er Recht. Ref. hat darauf schon früher aufmerksam gemacht. Mangelhafte Fähigkeit die Gedanken zu concentriren ist ein, wenn auch sehr wesentliches Symptom der psychischen Schwäche, aber nicht diese selbst. Auch dann hat er Recht, wenn er von der Darstellung der Imbecillen, die *Sollier* giebt, sagt, dass sie nur eine bestimmte Gruppe der Schwachsinnigen umfasst. Die scharfe, grundsätzliche Trennung zwischen Idiotie und Imbecillität lässt sich nach des Referenten Ansicht überhaupt nicht durchführen.

Besondere Anerkennung verdient, dass *P.* beständig den Vergleich zwischen den einzelnen Stufen der Idiotie und denen der kindlichen Entwicklung zieht, nach des Referenten Ansicht zunächst der einzige Weg, um eine brauchbare Eintheilung der Idiotie zu erhalten.

Bourneville, Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. — Compte rendu du service de Bicêtre pendant l'année 1895. Paris, Felix Alcan.

Die Zahl der Patienten in Bicêter betrug am 31. December 1895 519. Eingetreten sind im Berichtsjahre 99, ausgetreten 79. In der Fondation vallée befanden sich am Ende des Jahres 140 Kranke.

Der allgemeine Theil des ausgezeichneten Berichtes bringt Bemerkungen über die Einrichtung des Schul- und des gewerblichen Unterrichts, über die Vergnügungen und Zerstreuungen, Anwendung der Bäder etc. Der sehr reichhaltige klinisch-anatomische Theil des Berichtes bringt XIII sehr eingehende Krankengeschichten zum Theil mit Sectionsberichten. Es mögen davon folgende erwähnt werden:

Idiotie in Folge von Meningitis; ererbte Syphilis:

Beide Eltern syphilitisch. Bei der Geburt keine Hautaffection. Im 8. Jahre Geschwüre an den Zehen und den Fingern. Mit dem 9. Jahre syphilitische Retinitis, die zum Verlust des Sehvermögens auf dem linken Auge führt. Mit dem 13. Jahre traten choreaartige Bewegungen und Sprachstörungen auf. Geistig bleibt Patient auf einer kindlichen Stufe stehen, bekommt ein ängstliches Wesen.

$^1/_2$ Jahr nach dem Eintritt in die Anstalt stellt sich ohne nachweisliche Ursache ein Zustand grosser Erschöpfung ein. Daneben entwickelt sich Contractur in den Gliedern, epilepsieartiges Zittern, gesteigerte Re-

flexe. Ungleiche Pupillen; rasch sich ausbreitende Geschwüre am Gesäss und an den Oberschenkeln. Kein Fieber. Trotz antiluëtischer Behandlung keine Besserung des Allgemeinbefindens und Umsichgreifen der Geschwüre. Tod.

Die Section ergiebt: Schädelknochen verdickt, weich. Synostose der rechten Hälfte der Kreuznaht. Die rechte Sutura parieto-occipit. ist zum Theil verknöchert. Auf der innern Seite des Schädels sind die Nähte fast ganz verknöchert. Die Sehnerven und Tractus atrophisch. An der Arteria fossae Sylvii finden sich atheromatöse Platten. Die weiche Hirnhaut über den Hemisphären ist verdickt; die Windungen sind dünn und zeigen einen sehr einfachen Typus.

In der Epicrise betont *B.* unter anderem, dass dieser Fall die ausgebreitetste Synostose der Schädelknochen aufwies, die er je beobachtet. Trotzdem war kein Zeichen dafür da, dass das Gehirn dadurch in seinem Wachsthum behindert worden ist.

Im Gegentheil die Dura mater lag schlaff über den Hemisphären.

Eine weitere Krankengeschichte betrifft einen Fall von tuberöser Sclerose des Gehirns.

Beide Eltern waren zur Zeit der Erzeugung des Kindes syphilitisch. Die Kranke war vollständig blödsinnig, sprachlos, epileptisch. Tod erfolgt unter den Zeichen allgemeiner Kachexie. Bei der Obduction fand man über die Hemisphären zerstreut mehr als 20 sklerotische Heerde an der Oberfläche des Gehirns. In diesen sklerotischen Heerden sind die nervösen Elemente vollständig verschwunden. Ueber den nicht sklerosirten Theilen des Gehirns fand sich eine ausgeprägte Leptomeningitis.

Einen weiteren interessanten Fall beschreibt *B.* als „Monstruosité physique et morale“. Der Patient war bei der Geburt durch seinen überaus abnormen Schädel: hochgradige Oxycephalie aufgefallen, er entwickelte sich aber bis zur Mitte des 3. Lebensjahres leidlich normal. In dieser Zeit wurde er plötzlich blind. Von da an zeigte er sich schweigsam und seine Intelligenz nahm zusehends ab. Doch zeigte er auch später noch gutes Gedächtniss, ausgesprochene Neigung für einzelne Personen und war nicht unbelehrbar. Mit den Händen war er auffallend geschickt, und orientirte sich trotz seiner Blindheit rasch. Seine ganze Handfertigkeit aber verwandte er dazu, um alles Erreichbare oft in sehr abgefeimter Weise zu zerstören. Neben grosser Zärtlichkeit und Fürsorge für einzelne seiner Mitkranken machte er öfters Versuche Kinder zu erdrosseln. Nachher rühmte er sich dieser Anschläge mit grinsendem Lachen. Bemerkenswerth ist noch, dass bei dem Patienten Echolalie beobachtet wurde. *B.* macht auf das nicht seltene Zusammentreffen von Blindheit und Echolalie aufmerksam. Er hält diese für die Folge des völligen Mangels an optischen Erinnerungsbildern.

Sollier beschreibt einen Fall von Epilepsie, der an gehäuften Anfällen zu Grunde ging. Die Anfälle zeigten keinen Rindentypus. Man

fand bei der Section eine Cyste an der Oberfläche der linken Hemisphäre, in deren Grund sich atrophische Windungsstücke zeigten die der vordern Centralwindung, dem hintersten Theil des Fusses der II. und III. Hirnwindung entsprachen. Während des Lebens war weder eine Lähmung des Facialis noch Aphasie vorhanden gewesen.

Bemerkenswerth ist der Fall noch dadurch, dass er vorübergehend mit Einspritzungen von Testikelsaft behandelt wurde. Während dieser Behandlung häuften sich die Anfälle erheblich. Geistig schien der Patient vorübergehend etwas aufgeweckter, von einem irgendwie anhaltenden Erfolg war auch in dieser Richtung keine Rede.

Ein besonderer Abschnitt ist therapeutischen Erfahrungen gewidmet. Wir erwähnen hier, dass *B.* die Anwendung von Bromcampher bei Epilepsie, die sich nur in Schwindeln äussert oder die neben den ausgesprochenen Anfällen häufige Schwindel zeigt, dringend empfiehlt.

Bourneville et ***Boyer***, Imbecillité prononcée probablement congénitate spasmes musculaires et coprolalie. — Archives de Neurologie. December 1895.

Bei einem Mädchen, das in der ersten Kindheitszeit nichts besonders Krankhaftes zeigte, trat zwischen dem 4. und 5. Lebensjahr eine auffallende Veränderung des ganzen Wesens ein: sie wurde faul, widerspenstig, unsauber. Mit dem 11. Jahr traten Krämpfe auf.

Bei der Aufnahme in die Anstalt zeigte sie ausgesprochenen Schwachsinn. Daneben wurde grosse, unausgesetzte Unruhe neben zwecklosen Bewegungen beobachtet.

Ausserdem stösst sie von Zeit zu Zeit mitten im Sprechen sinnlose Worte aus. Bei Tisch lässt sie dumpfe Töne ähnlich wie ein grosser Hund hören. Ist ein Fremder dabei, unterlässt sie es. Die ausgestossenen Laute wechseln mit der Zeit, auch die krampfhaften Bewegungen, die sie dabei macht.

An Stelle dieser krampfartigen Töne und Bewegungen tritt im Verlauf der Zeit Copralalie, die in gewissem Grad mit den Muskelkrämpfen abwechselt.

Beide verschwinden allmälig unter dem Einfluss sorgfältiger Erziehung und Behandlung. Auch die geistige Entwicklung macht gute Fortschritte, die nur beim Eintritt der Entwicklung vorübergehend zum Stillstand kommen. Die Erfolge des Unterrichts sind gut und die Patientin kann nach 2 Jahren als nahezu normal entlassen werden.

(Sollte es sich hier um einen Fall sehr frühzeitiger Hysterie gehandelt haben? Ref.)

Bourneville, Trois cas d'Idiotie Myxoedémateuse traités par l'ingestion Thyroïdenne. — Archives de Neurologie. Janvier.

Eingehende Krankengeschichten über 3 Fälle von sporadischem Cretinismus, die durch Darreichung von Schilddrüse geistig und körperlich gebessert worden sind.

In den beigegebenen Photographien tritt die Besserung deutlich zu Tage.

Noyes, A study of sporadic Cretinism. — The Journal of mental and nervous disease. Mai.

Vortrag über einen Fall von Myxödem bei einem 2jährigen Kind, bei dem die Anwendung von Thyreoidin überaus günstig gewirkt hatte. Im Anschluss daran spricht *H.* über die Ursachen des sporadischen Cretinismus und seine Beziehungen zur endemischen Form.

Shuttleworth, The surgical of Idiocy. — The Journal of mental science. Januar.

Es ist ein unausstehlicher und schädlicher Unfug, dass die Tagespresse Zeit- und Streitfragen der Medicin, die in wissenschaftlichen Kreisen noch gar nicht abgeschlossen sind, dem Publikum als sichere „Errungenschaften" der Wissenschaft vorführt. Dieses Schicksal ist nach *Sh.* — in England wie es scheint, mehr als bei uns — der *Lannelongue*'schen Operation zu Theil geworden, deren angebliche Erfolge unter dem Titel „Creating a mind" ausposaunt worden sind, sodass bei den Eltern von Idioten vielfach unsinnige Hoffnungen erregt worden sind.

Auch *Sh.* weist nach, dass die Voraussetzung der Operation, die Annahme, dass frühzeitiger Nahtverschluss die Operation bedinge, falsch ist. Zudem steht fest, dass der Zweck des Eingriffes den Schädelraum zu erweitern dabei gar nicht erreicht wird. In manchen Fällen wird die Schädelhöhle durch die Callusbildung sogar verkleinert. *Sh.* meint, dass es in der Mehrzahl der Fälle gerade so schlau sei, Löcher in den Schädel von Idioten zu hacken, „als wenn eine Mutter Löcher in die Kleider eines verkümmerten Kindes schneidet, um dessen Wachsthum zu befördern".

Die in neuerer Zeit zur Begründung der Operation aufgestellte Behauptung, es werde durch sie eine Blutzufuhr zum Gehirn hervorgerufen und so dessen Wachsthum befördert, schwebt in der Luft.

Sh. erwähnt noch die operativen Eingriffe bei halbseitiger cerebraler Lähmung mit Athetose oder Krämpfen im Kindesalter und bei Hydrocephalie. Hier handelt es sich aber um Eingriffe, die auf ganz anderen Anzeichen beruhen als die *Lannelongue*'sche Operation.

Sh. fasst seine Ansicht über Trepanationen im Kindesalter in folgenden Sätzen zusammen.

1) Es ist fraglich, ob die Craniectonie bei der eigentlichen Mikrocephalie je einmal von Nutzen ist, jedenfalls ist dies sehr selten der Fall. Möglicherweise kann sie in solchen Fällen von Nutzen sein, wo die früh-

zeitige Nahtverknöcherung eine Folge von Knochenhypertrophie auf constitutioneller Grundlage ist.

2) In frischen Fällen, in denen epileptische Zustände durch Hirndruck in Folge einer Verletzung bedingt sind, ebenso in Fällen von Geistesschwäche mit halbseitiger Lähmung oder Athetosis, hervorgerufen durch eine intercranielle Blutung während der Geburt. Man muss hierbei stets an die Möglichkeit denken, dass Porencephalie vorliegt.

3) Bei Hydrocephalus und bei tuberculöser Meningitis kann eine operative Entleerung vortheilhaft sein, ebenso bei Hypertrophie des Gehirns.

4) Möglicherweise kann der Eingriff bei Idiotie auf Grund ererbter Lues vortheilhaft sein.

Diese verklausulirten Indicationen klingen nicht ermuthigend.

Tilford-Smith, Craniectomy with the afterhistory of two cases. — Journal of mental science. Januar.

Bericht über 2 Fälle von Mikrocephalie mit idiotischem Blödsinn, bei denen die Craniectomie gemacht wurde. In dem einen Fall wurde die Operation fünfmal (!) von *Horsley* ausgeführt. Die einzige Besserung, die nach der Operation zu bemerken war, bestand darin, dass der Patient sich nicht mehr auf seinen Kopf schlug, wie er vorher, offenbar wegen Kopfschmerzen, gethan hatte. Im übrigen war weder beim ersten noch beim zweiten Fall irgend ein günstiger Einfluss der Operation wahrzunehmen. Die beiden Fälle sind insofern beachtenswerth als sie bald nach der Operation im Royal Albert Asylum sorgfältige Pflege und soweit möglich auch Unterricht erhielten. Es waren also für die Nachbehandlung die denkbar günstigsten Verhältnisse vorhanden.

Wann wird diese Operation aus der Praxis und aus der Literatur verschwinden?

Jelgersma, Imbecillität und Idiotie. — Psychiatrische Bladen. Bd. 14 Lieferung 3 und 4.

Verfasser bespricht im weiteren Verfolg eines seiner frühern diesen Gegenstand behandelnden Vortrages (auch in dieser Zeitschrift besprochen. Anmerk. des Ref.) die psychischen Ausfallerscheinungen bei der Imbecillität. Die tiefsten Grade der Idiotie sind für das Studium der psychischen Ausfallerscheinungen völlig werthlos; sie zeigen das Psychische nur in seiner einfachsten Form. Nur bei dem Unterricht lassen sich die psychischen Ausfallerscheinungen genauer studiren. Experimentelle und pathologisch anatomische Befunde lassen eine gewisse heitere Demenz „Amōnomanie“ und Mangel an Aufmerksamkeit als psychische Ausfallerscheinungen bei dem Imbecillen erkennen. Dieser Mangel an Aufmerksamkeit hat nach Verfasser zwei wichtige für den Imbecillen charakteristische Symptome im Gefolge, das Wegfallen des Zweifels und seine Ueberschätzung der eigenen

Person und der eigenen Leistungen. Diese erwähnten Symptome haben ihre Ursache in der bei allen Jmbecillen vorhandenen Atrophie des Stirnhirns, welche sich schon in vivo durch die niedrige und schmale Stirn zu erkennen giebt. Der Mangel an Aufmerksamkeit, der bei Neurasthenie gefunden wird — eine Folge der Ermüdung — ist gewöhnlich mit einer gewissen Hirnoccupation verbunden und wird vom Neurastheniker selbst als etwas Krankhaftes empfunden. Hierdurch unterscheidet er sich von dem gleichen Symptom bei der Imbecillität und beruht hier auf einem organischen Defect. Verfasser verwahrt sich ausdrücklich dagegen und begründet seine Ansicht, dass seine Lehre eine Rückkehr zu der Lehre von den Monomanieen und zu der Localisationslehre von *Gall* und *Lavater* bedeute. „Der anatomische Weg in der Psychiatrie ist der lange Weg, aber vorläufig der einzig richtige." *Serger.*

Mendel, Kurt, Ein Fall von myxödematösem Cretinismus. — Berl. klin. Wochenschrift No. 45.

Die 12 Jahre alte Patientin ist väterlicherseits stark belastet: Geburt schwer, in Steisslage; Patientin kam asphyctisch zur Welt; von Geburt an „Stimmritzenkrampf"; alle 4—6 Wochen epileptiforme Anfälle; sehr langsame Entwicklung bis zum 5. Lebensjahre, von da ab Stillstand; nur das Gehen besserte sich etwas. Zur Zeit findet sich bei ihr ein minimaler Sprachschatz; wenig entwickelte Intelligenz; sie kennt von den Zahlen nur 3 und 8; sie ist immer freundlich und heiter. Affenartiger Gesichtsausdruck; Schilddrüse fehlt völlig: Haut trocken, spröde, mit kleienförmigen Schuppen bedeckt, fühlt sich kalt an; minimale Schweiss- und Speichelsecretion. Körperlänge 84 cm; Körpergewicht 14,5 Kilo; grösster Schädelumfang 50,5 cm; bei ihrem Alter von $12^1/_4$ Jahren macht sie den Eindruck eines 2—3 jährigen Mädchens.

Es finden sich mithin bei der Kranken Myxödem (Fehlen der Schilddrüse und trockene Haut) sowie Cretinismus (Hemmung der geistigen und körperlichen Entwicklung), die beide auf den Ausfall der Schilddrüsenfunction zurückzuführen sind; nach des Verfassers Ansicht würde die Totalexstirpation der Schilddrüse bei einem Kinde dasselbe Krankheitsbild wie das vorliegende hervorrufen; einige Belege aus der Literatur, die die Richtigkeit dieser Ansicht beweisen, werden späterhin noch angeführt.

M. versuchte, die ausgefallene Schilddrüsenfunction durch Verabreichung von Thyreoidea-Tabletten zu ersetzen; das Kind erhielt täglich 1 Stück (= 0,3 gr. frischer Schilddrüse aus der Fabrik von Welcome u. Cie); im Verlaufe von 14 Tagen trat schon eine Wendung zum Besseren ein; das Kind wurde munter und lebhaft; die Schwellung im Gesicht nahm ab; der Appetit mehrte sich; die Körpertemperatur stieg. Nichts desto weniger verliess die Mutter mit ihrem Kinde die Klinik, und gab auch späterhin zu Hause die Medication auf, sodass von weiteren Erfolgen leider nichts mehr berichtet werden konnte!

---

11. Anstaltswesen. Ref.: Laehr-Zehlendorf.

Binswanger, O., Zur Reform der Irrenfürsorge in Deutschland. — Samml. klin. Vort. Herausgegeben von *v. Bergmann, Erb* und *Winckel.* No. 148.

Verf. hält eine gesetzliche Regelung für eine unabweisbare Pflicht des Staates. Das bestehende Aufnahme- und Entmündigungsverfahren wird erläutert durch den Fall Weber. Verschiedenheit der Bestimmungen über die Aufnahme eines Kranken in den einzelnen Bundesstaaten. In Sachsen-Weimar werden die Kosten eines Kranken in der Anstalt ganz oder theilweise von der Staatskasse bestritten, daher keine vorhergehende langwierige Verhandlungen mit den Gemeinden. Das Aufnahmeverfahren ist möglichst zu vereinfachen und der Begriff Geistesstörung im weitesten Sinne zu nehmen. Die Directoren müssen in dringenden Fällen direct über die Aufnahme entscheiden können. Seit der Entwicklung des Krankenkassenwesens ist die Zahl der beschleunigten Aufnahmen gewachsen. Auch die Zahl der „freiwilligen“ Aufnahmen mehrt sich, in Jena bei 40 pCt. der Aufnahmen. Den Besuchen bei den Kranken ist möglichst wenig Beschränkung aufzuerlegen und den Kranken möglichst freie Bewegung zu lassen. Für Verbrecher sind besondere Abtheilungen in Strafanstalten zu errichten. Auch der beamtete Arzt kann in der Diagnose irren, es rechtfertigt sich daher, dass über den Anstaltsärzten noch eine fachwissenschaftliche Aufsichtscommission die letzte Entscheidung trifft. Entlassung bei Nichtgenesung gegen Revers. Lücke der Gesetzgebung bei Gewohnheitstrinkern. Wie das Wartpersonal sein muss, über die Wachtabtheilungen, in Jena sechs. In jeder Heilanstalt muss auf 50 Kranke 1 Arzt kommen, Pflichten der Rechte der Aufsichtscommission. Gegen die Göttinger Leitsätze. In zweifelhaften Fällen kann nur die gründlichst psychiatrische Schulung entscheiden. Die Ausbildung der Aerzte in der Psychiatrie ist ungenügend. Beistandschaft für die Kranken einzuführen neben der die volle Vormundschaft herbeiführenden Entmündigung wie im Rheinischen Rechte und in Baden. Für die heilbare Geistesstörung ist das Entmündigungsverfahren unnöthig, ja oft schädlich. Der Entmündigungsantrag ist dem „angeblichen Irren“ zuzustellen, die Entmündigung ist ihm von Gerichtswegen mitzutheilen, ihm auch das Recht der Beschwerde zuzugestehen. Besprechung der *Medem*'schen Vorschläge. Die Abwägung der Tragweite einer krankhaften geistigen Beschaffenheit in civil- und strafrechtlicher Beziehung ist dem Arzte zuzuweisen. Geminderte Zurechnungsfähigkeit wird zur Geltung gebracht. Man solle nicht die Aufnahme und Festhaltung in der Irrenanstalt mit der Entmündigungsfrage verquicken. Das weimarische Gesetz lässt eine Beurlaubung auf einen, dann auf zwei und mehr Monate zu und, ist innerhalb zwei Jahren kein Rückfall erfolgt,

dann definitive Entlassung. Bei Rückfall genügt eine ärztliche Bescheinigung. Verf. hat hiervon den weitgehendsten Gebrauch zu seiner Befriedigung gemacht.

Erlenmeyer, A., Ueber Irrenwesen. Studien und Vorschläge zu seiner Reorganisation. — 132 S. Wiesbaden 1896.

1. Capitel. Es fehlt eine einheitliche Organisation der Staatsaufsicht, es ist daher eine Centralisation derselben und ihre Ausdehnung über Irrenanstalten und Irre zu schaffen, entweder eine Centralbehörde für das Irrenwesen oder ein psychiatrisches Decernat im Ministerium mit den ihm zugeordneten Kreisphysikern als Revisoren der Privatirrenanstalten. Ersteres vorzuziehen und auf gesetzlichem Wege, nicht durch Verordnungen zu regeln. Die Centralbehörde besteht aus der Centralcommission und den Provinzialcommissionen, jene aus 1 Irrenarzte, 1 Bauverständigen und 1 Juristen, diese aus Irrenärzten mit 15jähriger Amtsthätigkeit. Die Centralbehörde habe auch die Aufsicht über die in Nicht-Irrenanstalten untergebrachten Irren, über die in fremden Familien untergebrachten Irren, über Systeme der Irrenpflege im Allgemeinen bei Provinzen, Communen und Genossenschaften, über die vertragsmässige Aufnahme ausländischer Geisteskranken in unsere provinzialständischen Irrenanstalten. Vergleich der beiden Aufsichtsbehörden, wobei der Schatten sehr auf die 2. Form fällt.

Im 2. Capitel wird die gegenwärtige Staatsaufsicht bei der Errichtung von Irrenanstalten besprochen. Kritik derselben und Vorschläge zu einer Aenderung. Als Anstalt soll bezeichnet werden, wo nur 1 Kranker in einer Familie verpflegt wird.

Im 3. Capitel die Vorschrift zum Betriebe von Irrenanstalten. Hier werden eine Reihe von Forderungen gestellt, von denen ein Theil von den neuesten Ministerialverordnungen erfüllt worden ist. Es werden besprochen: die Betriebsvorschrift für jede Irrenanstalt, der Name der Irrenanstalt[1]), Lage und Umfang der Anstalt, Feststellung der Maximalkranken-

---

[1]) In einer Anmerkung wirft Verf. einem Artikel in der Allg. Ztsch. f. Psych. Bd. 48 S. 539 vor, dass er zum Theil ungenaue, zum Theil geradezu falsche Angaben bringe und dass derartige Bestrebungen, die nicht den Muth haben, die Dinge beim rechten Namen zu nennen, es am allermeisten zu verantworten haben, dass das Misstrauen des Publikums gegen die Irrenanstalten und die Scheu vor denselben fortbestehe und immer weiter genährt werde. Es handelte sich in diesem Artikel darum, dass der Bremer Senat die Irrenabtheilung des Allgemeinen Krankenhauses mit dem Namen „St. Jürgen-Asyl in Bremen“ belegt hat und dabei andere Corporationen angeführt werden, die in gleicher Weise das Wort „Irrenanstalt“ vermieden haben. Wäre es nicht lehrreicher gewesen, diese „ungenauen, zum Theil falschen Angaben“ hier oder an anderer Stelle nachzuweisen?

zahl, die Stellung des leitenden Arztes, Zahl der Aerzte und des Pflegepersonals, Instruction desselben, regelmässiger Unterricht für das Pflegepersonal, Führung von Zwangsbüchern, Krankenjournalen, Beköstigungslisten, Krankenverzeichnissen, Aktenfascikeln.

4. Capitel. Die Revision der Irrenanstalten und die Beaufsichtigung ausserhalb derselben. Die Centralbehörde, vertreten durch einen Irrenarzt, muss alle Anstalten ohne Ausnahme gleichmässig revidiren. Der „unvermutheten“ Revision wird wenig Werth beigemessen. Die Revision müsse vorzugsweise auf die Kranken ihre Aufmerksamkeit richten, sie muss sämmtlichen Kranken mitgetheilt werden und die Commission solle sämmtliche Kranken sprechen und besonders den „freiwilligen Pensionären“ die Aufmerksamkeit zuwenden. Ist einer Privatirrenanstalt eine 2. Concession für Nervenkranke gegeben, so ist diese kein Object für die Irrenanstaltsrevisoren. Abfassung eines Revisionsprotokolles und jährliche Veröffentlichung der Protokolle. Jede öffentliche Anstalt ist mindestens, jede private 2 mal jährlich zu revidiren. Die ministerielle Besuchscommission ist ein verfehltes Unternehmen, da die Anordnungen verschiedener Behörden verwirren können, und ein in der Regel jährlich einmaliger Besuch nicht genügt. Jede Irrenanstalt, öffentliche und private, habe ein Comité von Vertrauensmännern, ein Patronat, welches alle 4 Wochen in die Anstalt kommt, die Kranken besucht, mit den Aerzten beräth und auf Beseitigung von Missständen dringt und nöthigenfalls zur Anzeige bringt. Dies Patronat, ein Ehrenrath, bestehe in der Regel aus 3 Personen, von denen 1

Man kann sicherlich nicht Mangel an Muth diesen Behörden und den dies Bestreben theilenden Arzten vorwerfen und daraus ein vermehrtes Misstrauen des Publikums gegen Irrenanstalten und die Scheu vor ihnen herleiten. Der geschichtlichen Entwicklung einer Anstalt kann doch ohne Bedenken auch in dieser Beziehung Rechnung getragen werden. Der Name „Irrenanstalt“ deckt sich eben nicht mehr mit dem, was die Heil- und Pflegeanstalt für Psychisch-Kranke jetzt bedeuten. Der Name „Heil- und Pflegeanstalt“ wird vielfach und schon lange gebraucht, ohne dass er zur Verschleierung der Bestimmung Anlass gegeben hätte. Im Gegentheil wird gerühmt, dass er zur Minderung der Scheu der Umgebung gedient habe. Möge Verf. Diejenigen, die seine Ansicht nicht theilen und die Bezeichnung „Irrenanstalt“ nicht mehr zeitgemäss halten, nicht mit dem Vorwurfe belasten, dadurch die Vortheile zu nähren, wo doch sichtbar das Gegentheil Motiv gewesen ist. Man kann daraus aber erkennen, welche Differenzen unter den Psychiatern selbst noch auszugleichen sind, ehe die Behörden auf des Verf.'s Forderungen eingehen dürften. Dass die Verschiedenheit der Bezeichnung der Anstalten auf die staatlichen Revisionen keinen Einfluss ausübt und dass sie eben so wenig als eine Verschleierung der Bestimmung angesehen wird, davon legt der 7. Report of State Commission in Lunacy of New-York ein beredtes Zeugniss ab. *L.*

Jurist sein muss, und diese sind dem § 300 des Strafgesetzbuches zu unterstellen und über jeden Besuch ist ein Protokoll aufzunehmen, das c. halbjährlich der Behörde einzusenden ist. Irre in Nicht-Irrenanstalten, in fremden und den eigenen Familien sind der Behörde anzuzeigen und mindestens 2 mal jährlich eine genaue Controle auszuüben und der Befund zu protokolliren.

5. Capitel. Die „freiwilligen Pensionäre“. Der Erlass vom 17. Juni 1874 ist leider durch den vom 20. September 1895 aufgehoben worden. Juristischer und medicinischer Begriff. Freiwillige Pensionäre sind nicht identisch mit Nervenkranken. Die Umgehung der gesetzlichen Bestimmungen. Die Ministerialverordnung vom 20. September 1895. Die dadurch beabsichtigte Verbesserung ist nicht vorhanden. Zu bedauern, dass die öffentlichen Irrenanstalten freiwillige Pensionäre nicht aufnehmen sollen. Zwar ist in der Rheinprovinz durch Regulativ des Landesdirectors vom 7. November 1885 die Einrichtung eingeführt, aber unter Bedingungen, welche sie illusorisch machen.

6. Capitel. Die Gewinnung und Ausbildung eines tüchtigen Wartpersonals. Die Ursache des häufigen Wechsels desselben sind: zu geringes Gehalt, geringe Aussicht, sich einen eignen Hausstand zu gründen und die Schwere des Berufes. Der Wärter muss zu einem socialen Stande erhoben werden mit allen Zuthaten eines solchen. Möglichkeit einer Pension für dienstunfähige Wärter und eines Wittwengehaltes für die hinterbleibende Frau. In zweiter Linie sind sie sesshaft zu machen und nicht erst nach 10 jähriger Dienstzeit. Hinblick auf die Fabriken. Ansiedlung in eignen kleinen Häusern der Anstalt mit Garten und Feld. Schonung, Arbeitspausen und Urlaub. Dem Ordenspflegepersonal ist der Anspruch auf die gleiche Beurtheilung zu gewähren als den Lohnwärtern. Dagegen ist zu warnen vor Wärtern aus dem Militärdienst. Für die technische Ausbildung sind die Stufen der Anwärter, Hilfswärter und Wärter durchzumachen und zwar Kurse für sie einzurichten. Besser noch eine Wärterschule für einen grösseren Bezirk ähnlich wie die Hebammenschule. Prüfung und Approbation mit Prüfüng für Auswärtige. Art des theoretischen und praktischen Unterrichtes, Belehrung im Einzelfalle, stete Controle durch Aerzte, nicht allein durch die Oberwärter. Die Aerzte verbrauchen jetzt zu viel Zeit im Laboratorium und zu Krankengeschichten. Das gute Beispiel des Arztes. Ueberall bestehe ein Mangel guter Krankenpflegerinnen. Neben der Schwere des Berufes wirke die geringe Kenntniss über diesen Beruf, sie müsse in Fortbildungsschulen gelehrt werden, die Leistung der Verbände müsse grösser sein.

Dass die Irrenanstalt als Krankenanstalt herausgebildet werde, sollte viel umfassender bei uns angestrebt werden, als dies jetzt geschieht, Muster hierzu seien die englischen und schottischen Irrenanstalten. Dem Kranken muss durch die ärztliche Behandlung die Ueberzeugung der Krankheit beigebracht werden. Geschieht dies, dann werden die Wärter und Wärterinnen Pfleger und Pflegerinnen werden.

7. Capitel. Entwurf eines Irrengesetzes oder vielmehr Entwurf eines Irrenanstaltsgesetzes. Die in den vorhergehenden Capiteln gegebenen Grundsätze sind in diesem Capitel in die Form eines Gesetzes gebracht.

Serbski, Wl., Die Gesetzesbestimmungen über Irrenwesen. — Moskau 1896. p. 224.

Das Thema mag auch für den nicht russischen Leser von Interesse sein als erster — und wohl gelungener — Versuch einer systematischen und eingehenden Darstellung der russischen Gesetzesbestimmungen über Irrenwesen, sowie dank kritischer Behandlung einzelner psychiatrisch-forensischer Fragen. So wird z. B. in klarer und ungezwungener Weise die Frage über das Criterium der Unzurechnungsfähigkeit (S. 16—42) und Dispositionsfähigkeit, über partielle Unzurechnungsfähigkeit, über die Rolle und Bedeutung des Psychiaters als Experten, sowie behufs weiterer, den als geisteskrank Anerkannten betreffender Maassnahmen (S. 67—89, 133—140) und andere erörtert. Namentlich aber findet der interessirte Leser kritische und genaue Belehrung über die im Allgemeinen sonst wenig bekannte russische Gesetzgebung. Leider bringt es das Wesen des Gegenstandes mit sich, dass über die Einzelnheiten des Inhaltes nicht so genau referirt werden kann, als es das unzweifelhafte Verdienst des Buches in der That beansprucht. *M. Falk.*

Die Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin in Lichtenberg mit Bemerkungen über Bau und Einrichtung von Anstalten für Geisteskranke von Dir. Dr. _Moeli_. Mit 4 Grundrissen. — Berlin. 51 S. 8°.

Die Anstalt ist bestimmt zur Aufnahme aller der öffentlichen Fürsorge zugehörigen Geisteskranken des östlichen Theiles von Berlin. Nur eine Klasse von Kranken. Für 1000—1050 Kranke bestimmt. Grundstück 98 ha. Frauen- und Männerabtheilung haben je 1 Oberarzt und 3—4 Assistenz- und Volontärärzte. Die Familienpflege von zur Zeit 170 Kranken steht unter 2 Hülfsärzten. 4 Verwaltungsbeamte sind dem Director subordinirt. Hauptanstalt und in den Anlagen zerstreut liegende Landhäuser. Frauen- und Männerseite mit je 4 Krankenhäusern. Ein „offenes Haus“ beiderseits mit 100 Plätzen ohne Fenstergitter und Abschluss, ein „Pflegehaus“ mit c. 160 Plätzen ohne Gitter und ein „Ueberwachungshaus“ mit 50 Plätzen. Im Wirthschaftsgebäude 12 weibliche Kranke. 20 pCt. sind ausserhalb der Centralanstalt untergebracht. Dampfheizung und Dampfluftheizung. Luftraum pro Kranken 25 — 35 cbm, Aspirationsschächte. Electrisches Licht, 2250 Glüh- und 18 Bogenlampen. Wasser aus den städtischen Wasserwerken. Canalisation mit Ueberrieselung, 1 Baracke für Infectionskrankheiten.

Im Allgemeinen sind Säle mit mehr als 12 Betten vermieden worden. 25 pCt. sind als bettlägerig anzusehen. Aus praktischen Gründen dürfte sich für keineswegs geistig auffallend geschwächte Verbrecher eine Sonderanstalt empfehlen. Für Alcoholisten ist die Abstinenz auch des Pflegepersonals in besonderen Häusern vorgesehen. Auf den Landhäusern befanden sich Anfang des letzten Sommerhalbjahrs 22 Alcoholisten. In den nächsten 7 Monaten wurden dorthin verlegt 121. Hiervon wurden in 7 Monaten entlassen 93 = 65 pCt. Ausserdem kamen zur Hauptanstalt zurück: wegen Genusses von Spiritus 20 = 14 pCt., wegen körperlicher Erkrankung oder Verschlechterung des psychischen Verhaltens 8 = 5,6 pCt. Es entfernten sich aus den Landhäusern 5 = 3,5 pCt. Im Bestand blieben 17 = 11,9 pCt. Die Aufenthaltsdauer auf den Landhäusern betrug bei den Entlassenen, Zurückverlegten und Entwichenen: unter 1 Mon. 44, 1—2 Mon. 46, 3 Mon. 15, und darüber 21 Kranke. Der Gesammtaufenthalt in der Anstalt betrug für die Nichtzurückverlegten: 1—2 Mon. 54, 3 Mon. 19, darüber 25 Kranke. In 2jähriger Periode sind vorgekommen 2malige Aufnahme bei 50 = 23,8 pCt., 3malige bei 25 = 11,9, 4malige bei 7 = 3,3 pCt., 5malige bei 5 = 2,3 pCt. Für einige dieser Kranken ist eine geordnete Familienpflege zulässig. Es geschah dies mit 39 Alcoholisten, von denen 57 pCt. zurückkehrten.

Bericht der städtischen Irrenpflege in Berlin pro 1894/95. (Dir. Dr. *Hebold.*)

Wuhlgarten, Anstalt für Epileptische. Bestand am 1. April 1894 667 (361 M. 233 Fr. 45 Kn. 28 Mdchn.), Zugang 382 (243 M. 105 Fr. 16 Kn. 18 Mdchn.), Abgang 282 (180 M. 80 Fr. 10 Kn. 12 Mdchn.), blieben 767 (424 M. 258 Fr. 51 Kn. 34 Mdchn.). Unter den Aufgenommenen bei Nichtberücksichtigung der wiederholten Aufnahmen waren 181 M. mit Epilepsie, 30 mit Alcoholismus chronicus, 12 mit Hysteroepilepsie, 8 mit Imbecillität und anderen Geistesstörungen, 78 Frauen mit Epilepsie, 2 mit Alcohol. chronic., 2 mit Hysterie, 14 mit Hysteroepilepsie, 8 mit Imbecillität und anderen Geistesstörungen, 16 Knaben und 17 Mädchen mit Epilepsie. Unter 26 Männern war die Epilepsie durch äussere Gewalt entstanden, von denen bei 7 ohne Verletzungen. Bei den Frauen 1 mit traumatischer Epilepsie. Diese Ursache wird auch bei 8 Kindern angegeben, doch bei 6 schon Erblichkeit. Bestraft waren 102 M. und 19 Fr., von denen 15 unter sittenpolizeilicher Controle standen. Entlassen wurden 224, es starben 58. In die eigene Familie kamen 122, in fremde 62, in Berliner Krankenhäuser 4, nach Dalldorf 15, nach Herzberge 5, in Provinzial-Irrenanstalten 15, ins Waisenhaus 1. Es starben an Lungenentzündung 19, Lungenschwindsucht 3, an Gehirnsyphilis 1, an Status epilepticus 13, an Suicid 1, Ertrinken 1. Wo ein Krankheitsbefund im Gehirn nicht war, war stets eine grosse Enge der Aorta da. Entwichen 63. Vom Wartpersonal schieden

aus mit Kündigung 77, ohne Kündigung 44. Unterricht in der Krankenpflege nützlich. Die Wärterin, durch deren Nachlässigkeit ein krankes Mädchen ertrank, wurde in der gerichtlichen Verhandlung freigesprochen. Ein Mann führte sich 3 Strohhalmstücke in die Harnröhre, die später von selbst unter grossen Beschwerden abgingen. Bei Einigen waren Kopfpolster nöthig, um sie zu schützen. Einige Kranke beissen und verletzten dadurch Wärter. Manche Frauen rissen Wärterinnen Haare aus. Garten- und Feldarbeit günstig. Entweichungen zahlreich. In den 2 geschlossenen Häusern für je 120 Kranke mussten die gemeingefährlichen Kranken untergebracht werden, die mit Vorliebe sich über die Anstaltsordnung hinwegsetzen, sich zusammenthun, Complotte schmieden und hochgradig reizbar sind. Kosten 735874 Mark.

Bericht des städtischen Irrenhauses zu Breslau vom April 1895—96. 12 S. 4°. (Dir. Dr. *Wernicke.*)

Bis 1896 Namen „Städtisches Krankenhaus in der Göppertstrasse". Das Auer'sche Glühlicht ist jetzt überall eingerichtet. Die Fenstergitter wurden von 23 cm Abstand auf 18 cm verengert, die Ventilationseinrichtungen in den Isolirzellen verbessert und in den Zimmern für unruhige Kranke Waterclosets eingerichtet. Bestand 183 (98 M. 85 Fr.), aufgenommen 904 (592 M. 312 Fr.), entlassen geheilt 297 = 34 pCt., gebessert 244 = 20pCt., ungeheilt 204 = 23,4 pCt., gestorben 127 = 14,6 pCt. Von den ungeheilt Entlassenen sind 44 in die Provinzialanstalten übergeführt. Von den 127 Gestorbenen starben in den ersten 24 Stunden nach der Aufnahme 10, in der ersten Woche 30. Kosten 229344 Mk., pro Kopf und Tag 3,08 Mk. Unter den Behandelten im Kalenderjahre 1895 waren mit paralytischer Seelenstörung 127 (79 M. 48 Fr.), davon wurden entlassen ungeheilt oder gebessert 39 (25 M. 14 Fr.), starben 39 (28 M. 11 Fr.), blieben 49 (26 M. 23 Fr.). Mit Delirium potatorum 130 (127 M. 3 Fr.), geheilt 89 M. 7 Fr., ungeheilt 7 M., gestorben 15 M., blieben 2 M. Nicht geisteskrank waren mit Alcoholismus 162, Epilepsie 59, mit Hysterie 29, mit Hysteroepilepsie 13, mit Chorea 1, mit Neurasthenie 3, mit Nervenleiden 6, mit Rückenmarksleiden 2, mit Hypochondrie 5, mit Erregungszuständen 6, Schlaganfall 6, Hemiplegie 1, organische Gehirnerkrankung 28, Meningitis 4, Krämpfe 4, Cephalalgie 29, sonstige Krankheiten 29. Zur Beobachtung kamen 39.

Bericht des *Wenzel-Hanke*'schen Krankenhauses in Breslau vom April 1895—96.

In ihm wurden behandelt an einfacher Seelenstörung 37 (20 M. 17 Fr.), davon gebessert entlassen 27 (11 M. 16 Fr.), gestorben 2 M., blieben 8 (7 M. 1 Fr.). Mit paralytischer Seelenstörung 64 (41 M. 23 Fr.), davon gebessert entlassen 39 (24 M. 15 Fr.), gestorben 2 (1 M. 1 Fr.), blieben

23 (16 M. 7 Fr.). Seelenstörung mit Epilepsie 21 (14 M. 7 Fr.), entlassen 10 (7 M. 3 Fr.), blieben 11 (7 M. 4 Fr.). Mit Imbecillität etc. 31 (13 M. 18 Fr.), ungeheilt entlassen 9 (4 M. 5 Fr.), blieben 22 (9 M. 13 Fr.). Mit Hirnentzündung 6, gebessert entlassen 3, gestorben 3. Mit Apoplexie 10, gebessert entlassen 4, gestorben 6. Mit anderen Gehirnkrankheiten 9, davon geheilt 2, ungeheilt 2, gestorben 2. Mit Epilepsie, Eclampsie und Chorea 9, ungeheilt entlassen 9. Mit Rückenmarkskrankheiten 6, ungeheilt entlassen 3, gestorben 1, geblieben 2. Mit anderen Nervenkrankheiten 14, davon geheilt 1, gebessert 11, geblieben 2. Darunter mit Melancholie 4, gebessert 4.

Das Kranken-Hospital zu Allerheiligen in Breslau pro 1894 und vom 1. April 1895—96.

Abtheilung der Krankheiten des Nervensystems: Geisteskrankheiten. Bestand 28 (13 M. 15 Fr.), entlassen gebessert 24 (12 M. 12 Fr.), gestorben 1 M., blieben 3 Fr. Mit Hirnentzündung: Bestand 15 (9 M. 6 Fr.), gestorben 14 (8 M. 6 Fr.), blieben 1. Gehirnschlag: Bestand 42 (24 M. 18 Fr.), geheilt 1 M., entlassen gebessert 15 (8 M. 7 Fr.), gestorben 22 (12 M. 10 Fr.), blieben 4 (3 M. 1 Fr.). Andere Gehirnleiden 47 (21 M. 26 Fr.), geheilt 6 (3 M. 3 Fr.), entlassen gebessert 14 (8 M. 6 Fr.), gestorben 14 (4 M. 10 Fr.). An Epilepsie Bestand 17 (12 M. 5 Fr.), geheilt 7 (5 M. 2 Fr.), entlassen gebessert 9 (6 M. 3 Fr.), blieb 1 M. An Eclampsie 1 Fr. aufgenommen und gestorben. Mit Chorea Bestand 5 (1 M. 4 Fr.), geheilt 5 (1 M. 4 Fr.). Rückenmarkskrankheiten Bestand 24 (16 M. 8 Fr.), geheilt 4 M. entlassen gebessert 6 (5 M. 1 Fr.), gestorben 6 (4 M. 2 Fr.), blieben 8 (3 M. 5 Fr.). Andere Krankheiten des Nervensystems, darunter Hysterie, Ischias, Neurasthenie, Lumbago, Bestand 131 (56 M. 75 Fr.), geheilt 64 (32 M. 32 Fr.), entlassen gebessert 62 (22 M. 40 Fr.), blieben 5 (2 M. 3 Fr.). 1895—96: Behandelte Krankheiten und zwar Geisteskrankheiten 22 (15 M. 7 Fr.), davon entlassen gebessert 16, gestorben 1, blieben 5. An Hirnentzündung 17, geheilt 3, entlassen ungeheilt 2, gestorben 10, blieben 2. Mit Apoplexie behandelt 47, davon geheilt 3, gebessert entlassen 9, gestorben 32, blieben 3. Mit anderen Gehirnkrankheiten behandelt 47, davon geheilt 10, gebessert entlassen 19, gestorben 12. An Epilepsie 16, davon geheilt 4, entlassen gebessert 11, gestorben 1. An Eclampsie und Tetanus 9, geheilt 5, gestorben 1. Mit Chorea 3, wovon geheilt 1, ungeheilt 2. Mit Rückenmarkskrankheiten 29, wovon geheilt 3, entlassen ungeheilt 11, gestorben 11, blieben 4. An anderen Nervenkrankheiten 144, davon geheilt 54, entlassen ungeheilt 77, gestorben 5, blieben 8. Darunter mit Hysterie 49, wovon geheilt 14, entlassen ungeheilt 32, blieben 3.

Provinzial-Irrenanstalt zu Leubus pro 1895/96. 33 S. 8°. (Dir. Dr. *Alter*.)

Bestand Ende März 1895 239 (110 M. 129 Fr.), aufgenommen 161 (72 M. 89 Fr.), abgegangen 164 (74 M. 90 Fr.), blieben 236 (108 M. 128 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 6 Mon. bei 124, bis 12 Mon. bei 15, über 12 bei 7, von Kindheit an bei 3, unbekannt bei 21. Heredität bei 74 also 45,9 pCt. An progressiver Paralyse litten 22 M. 4 Fr., nicht-irre 1. 11 Personen waren mit dem Strafgesetz in Conflict gekommen, deren Krankheitsgeschichten folgen. Entlassen genesen 37 (18 M. 19 Fr.), gebessert 44 (18 M. 26 Fr.), ungeheilt 57 (25 M. 32 Fr.), gestorben 25 (12 M. 13 Fr.), nicht-irre 1 M. 5 gestorbene tuberculöse Frauen hatten die Krankheit in der Anstalt acquirirt. Mit dauernder Bettruhe behandelt täglich 57,2 pCt., mit theilweiser 13 pCt., beschäftigt 21,6 pCt., isolirt 0,6 pCt. Ausgabe 128939 Mk., pro Kopf 198 Mk.

In der Pensionsanstalt Bestand 51 (26 M. 25 Fr.), aufgenommen 13 (9 M. 4 Fr.), abgegangen 14 (9 M. 5 Fr.), blieben 50 (26 M. 24 Fr.).

Am psychiatrischen Cursus im August nahmen 4 Theil.

Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt zu Brieg pro 1894/95. 32 S. 8°. (Dir. Dr. *Petersen.*)

Bestand 394 (171 M. 223 Fr.), davon beurlaubt 6 (3 M. 3 Fr.), entlassen genesen 16 (8 M. 8 Fr.), gebessert 14 (8 M. 6 Fr.), ungeheilt 27 (21 M. 6 Fr.), nicht-irre 1 M., gestorben 25 (8 M. 17 Fr.), blieben 412 (177 M. 286 Fr.), davon beurlaubt 7 (2 M. 5 Fr.). Von den Aufgenommenen waren voraussichtlich heilbar 30, unheilbar 63, zur Beobachtung 8, mit paralytischer Seelenstörung 13 (9 M. 4 Fr.). Bei 3 Kranken mit Del. potat. war die acute Periode schon vorüber, sie waren gefügig. Bei der geraume Zeit in Anspruch nehmenden Formalitäten zur Aufnahme und dem raschen Verlaufe kamen alcoholische Delirien selten in die Anstalt, bleiben in den Krankenhäusern. Die günstige Prognose wird getrübt durch die Neigung zu Recidiven. Bericht über die 8 zur Beobachtung übergebenen Personen. Bei den Neuaufgenommenen 52 pCt. mit Heredität. 2 Schwestern von 82 und 77 Jahren mit Nahrungsverweigerung erholen sich bald. Eine Frau von 93 Jahren nach Gürtelrose maniakalisch aufgenommen, 2 Männer von 82 und 86 Jahren mit senilem Blödsinn starben bald. Klage über die an Zahl zugenommenen irre gewordenen Verbrecher; deren Erbitterung, weil man sie nicht schon dann entlassen kann, wie andere, die gebessert sind. Es starben an Tuberculose 8, an Lungenentzündung 3, an Tumor cerebr. 1. Nur vorübergehend Isolirung und Beschränkungen, bei frischen Fällen Bettruhe. Beschäftigt 51,70 pCt. Kosten 163039 Mk., pro Kopf und Jahr 413,15 Mk.

Bericht der Prov.-Irrenanstalt zu Bunzlau pro 1895/96. 20 S. 8°. (Dir. Dr. *Stöver.*)

Bestand 702 (413 M. 289 Fr.), davon in Familienpflege 26. Aufge-

nommen 45 (28 M. 17 Fr.), entlassen nicht-irre 1 M., geheilt 8 (4 M. 4 Fr.), gebessert 19 (13 M. 6 Fr.), ungeheilt 28 (20 M. 8 Fr.), gestorben 32 (20 M. 12 Fr.), blieben 659 (383 M. 276 Fr.). Die Anstalt ist jetzt für 670 Kranke (390 M. 280 Fr.) bestimmt. Von den 390 M. werden 275 in der Hauptanstalt, 60 in den 3 Landhäuser, 30 auf dem Gute und 25 im Dorfe Looswitz verpflegt. Die Frauen sind in der Hauptanstalt und nur 4 auf dem Gute. 1 Mann mit Hysterie. Heredität mit 59 pCt. Bei 9 Paralytikern war nur 1 mal Syphilis festzustellen. An Tuberculose starben 13 oder 40,63 pCt. aller Todesfälle. Ein Blöder erstickte an einem zu grossen Bissen Fleisch. An Ruhr erkrankten 9, an Typhus 6. Von einem Vorzuge der Opium-Brombehandlung vor der letzteren konnte man sich nicht überzeugen. Aus der Familienpflge mussten 29 Kranke zurückgenommen werden, 10 wegen körperlicher Erkrankung und 19 wegen Verschlechterung im geistigen Befinden. Von den letzteren hatte ein Kranker den Versuch gemacht, ein kleines Mädchen geschlechtlich zu missbrauchen.

3. Bericht der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Freiburg, Schles. pro 1895/96. 16 S. 8°. (Dir. Dr. *Buttenberg.*)

Bestand am 1. April 1895 357 (156 M. 201 Fr.), aufgenommen 217 (143 M. 74 Fr.), darunter 38 mit Idiotie, Epilepsie 54, einfache Seelenstörung 46, Dementia paralytica 26 (16 M. 10 Fr.), 1 Blindheit bei Idiotie, 1 Blindheit mit Epilepsie, 4 mal Kinderlähmung mit Idiotie, 3 davon auch Epilepsie, 1 Taubstummheit mit Alcoholepilepsie, 1 Idiotie mit Elephantiasis, 1 multiple Heerdsklerose. 38 waren mit dem Strafgesetz in Conflict gekommen. Entlassen und in andere Anstalten: geheilt 2 M., gebessert 15 (9 M. 6 Fr.), ungeheilt 32 (8 M. 24 Fr.). Gestorben 52. Reichliche Beurlaubungen waren günstig. Isolirung nur selten. Musikkapelle der Pfleger. Acker- und Gartenwirthschaft 10 ha. 2 benachbarte Häuser angekauft.

Bericht der Prov.-Irrenanstalt Rybnik pro 1895/96. 31 S. 8°. (Dir. Dr. *Zander.*)

Bestand 1895/96 613 (317 M. 296 Fr.), aufgenommen 105 (54 M. 51 Fr.), ausgeschieden 68 (41 M. 27 Fr.), gestorben 31 (17 M. 14 Fr.), blieben 619 (313 M. 306 Fr.). 8 Krankengeschichten der Untersuchungsgefangenen. Von den 105 Aufgenommenen litten 11 an Manie, 8 an Melancholie, 12 an acuter halluc. Verwirrtheit, 18 an Paranoia, 7 an seniler Demenz, 12 an Paralyse, 6 an alcoholischem Irresein, nicht-irre 4 M. Krankheitsdauer bis 6 Mon. bei 94, länger bei 56. Abgegangen: geheilt 21 (13 M. 8 Fr.), gebessert 27 (17 M. 10 Fr.), ungeheilt 17 (8 M. 9 Fr.), nicht-irre 3 M.; gestorben 31 (17 M. 14 Fr.), 1 Kranker genas nach 4 Jahr 3 Mon. Influenza-Epidemie. Kosten 290639 Mk.

Bericht der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim pro 1895/96. 13 S. 4°. (Dir. Dr. *Gerstenberg.*)

Bestand 762 (428 M. 334 Fr.), aufgenommen 333 (190 M. 143 Fr.), entlassen geheilt 48 (23 M. 25 Fr.), gebessert 54 (26 M. 28 Fr.), ungeheilt 173 (108 M. 65 Fr.), nicht-irre 4 M., gestorben 68 (46 M. 22 Fr.), blieben 748 (411 M. 337 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an Paralyse 56 (45 M. 11 Fr.); mit Heredität 86, aus Trunksucht 33, durch Syphilis 7, durch Trauma 6. Bei den Geheilten Dauer der Krankheit vor der Aufnahme: bis 6 Mon. bei 32, bis 12 Mon. bei 13, bis 2 Jahr bei 3; Aufenthaltsdauer bis 6 Mon. bei 21, bis 2 Jahr bei 1, über 2 Jahr bei 1. Ausgaben 936,199 Mk.

Bei der Flucht einer Patientin war eine Pflegerin behilflich gewesen. Die Staatsanwaltschaft war leider nicht in der Lage, eine Anklage zu erheben, da Beihülfe zur Entweichung einer Geisteskranken aus einer Irrenanstalt strafrechtlich nicht strafbar ist. Eine geisteskranke Frau behauptete nach ihrer Entlassung schwanger zu sein, 2 Aerzte bescheinigten dies auch. Der eine sagte, im 3. Monat. Darüber Spektakel in den Blättern. Die Untersuchung stellte fest, dass die Frau gar nicht schwanger war. Klage gegen 3 Zeitungen wegen Beleidigung der Anstalt und Verurtheilung derselben zu 300 resp. 100 Mk. und Publicationsbefugniss.

Aufnahme-Anträge lagen 412 vor. Von den Gerichten wurden 12 M. zur Prüfung übergeben. 1 stellte sich um die Aufhebung seiner Entmündigung herbeizuführen, hatte aber Wahnideen und schon secundäre Schwäche. 13 Gutachten abgegeben, die kurz skizzirt werden. 35 Ungeheilte kamen in die neue eröffnete Irrenpflegeabtheilung der Prov.-Corrections- und Landarmenanstalt zu Wunstorf, 52 nach Ilten, 57 Fr. nach Liebenburg. Mit Paralyse starben 13 (12 M. 1 Fr.), im paralytischen Anfall 8 (6 M. 2 Fr.), an Lungen- und Bauchtuberculose 10, an Verbrennen 1. In letzterem Falle hatte ein Kranker mit hypochondrischen Wahnideen, der 10 Jahre in der Colonie dem Geflügelhofe trefflich vorstand, im Kohlenschuppen sich mit Draht an das Petroleumfass angebunden, das Petroleum laufen lassen und angezündet. Man fand bald den stark angebrannten Leichnam; Feuer alsbald gelöscht, 14 Typhusfälle, 3 starben, muthmaasslich vom Wasser eines Teiches, benutzt zu technischen Zwecken, nunmehr Anschluss an die städtische Wasserleitung.

Bericht der Prov.-Irrenanstalt zu Göttingen pro 1895/96. 15 S. 8°. (Dir. Dr. *Meyer.*)

Bestand Ende März 1895 369 (221 M. 148 Fr.), Zugang 148 (96 M. 52 Fr.), entlassen geheilt 8 (6 M. 2 Fr.), gebessert 33 (17 M. 16 Fr.), ungeheilt 68 (62 M. 6 Fr.), gestorben 32 (21 M. 11 Fr.), nicht-irre 5 (4 M. 1 Fr.), blieben Ende März 1896 373 (207 M. 166 Fr.). Männerseite überfüllt, daher 31 M. nach Ilten übergeführt. Die Männerseite kann 250, die

Frauenseite 180 Kranke aufnehmen. 13 M. wurden nach Wanstorf übersiedelt. 2 drastische Beispiele, wie gleichgültig die Ortsvorstände noch immer gegenüber den Geisteskranken sind, wurden mitgetheilt. Unter den 148 Aufgenommenen werden nur 7 M. als an Trunksucht erkrankt angeführt. Die Militäranwärter eignen sich nicht für Stellen an einer Irrenanstalt, noch weniger für die eines Oberwärters. Beispiel eines Mechanikers, der bei aller Vorsicht wiederholt entweicht und seinen Lebensunterhalt durch Reparaturen auf dem Lande erwirbt. Zur Beobachtung kamen 11, 4 davon als Unfallkranke. Keiner liess das ausgesprochene Bild der sogen. traumatischen Neurose erkenne.

Bericht über die Prov.-Irrenheil- und Pflegeanstalt bei Schleswig für 1895/96. 27 S. 4°. (Dir. Dr. *Hansen.*)

Bestand 803 (439 M. 364 Fr.), aufgenommen 291 (158 M. 133 Fr.), entlassen geheilt 46 (23 M. 23 Fr.), gebessert 54 (33 M. 21 Fr.), ungeheilt 91 (56 M. 35 Fr.), gestorben 72 (41 M. 31 Fr.), blieben 831 (444 M. 387 Fr.). Von den Genesenen litten an Schwermuth 16, an Tobsucht 26, an Verrücktheit 3, an Seelenstörung mit Epilepsie 1; Dauer des Aufenthaltes in der Anstalt bis 6 Mon. bei 32, bis 12 Mon. bei 13, bis 2 Jahr bei 1. Aufgenommen mit Paralyse 33 (29 M. 4 Fr.), mit Familienanlage 107, aus Trunksucht 19, aus Syphilis 7. Todesursache 9 mal Lungenschwindsucht, Erschöpfung 13 mal, Suicid 2 mal. Es starben mit paralytischer Seelenstörung 17 (15 M. 2 Fr.), davon 7 zwischen 30—40 Jahr, 5 zwischen 40—50 Jahr, 4 zwischen 50—60 Jahr, 1 mit 61; deren Krankheitsdauer 1—2 Jahr bei 10, 2—3 Jahr bei 4, 3—4 Jahr bei 1, 4—5 Jahr bei 2 Kranken.

An Influenza litten 7 Kranke und 5 Wartpersonal. Ueberfüllung. Durch Neubauten wurden 62 Plätze gewonnen. 5 Kranke wurden zur Beobachtung überwiesen, deren specielle Erzählung. Die Neubauten betreffen: 1. das Wohnhaus für die Arbeiter in dem landwirthschaftlichen Betriebe, 2. die beiden Ueberwachungsstationen und ihre Beschreibung. Durch Kauf gewann das landwirthschaftliche Areal 3 ha 79 ar, so dass jetzt 75 ha 30 ar bearbeitet werden. Ausgabe 425401 Mk.

Bericht der Prov.-Pflegeanstalt zu Neustadt in Holstein pro 1. October 1893 bis Ende März 1895. (Dir. Dr. *Kirchhoff.*)

Eröffnet am 1. October 1893. Aufgenommen bis Ende März 1894 239 (122 M. 117 Fr.), von da bis Ende März 1895 147 (66 M. 81 Fr.), entlassen 53 (26 M. 27 Fr.), davon gestorben 35 (18 M. 17 Fr.), blieben Ende März 1895 320 (158 M. 162 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an Taubstummheit 12, an Blindheit ohne Geistesstörung 9, 47 erkrankten an Kopf- und Gesichtsrose. Anstaltsterrain 30 ha. Geschichte der Entwicklung des Irrenwesens der Provinz bis in die früheste Zeit.

Bericht der Prov.-Irrenanstalt „Rittergut Alt-Scherbitz“ für 1894 bis 1896. 40 S. 4°. (Dir. Dr. *Paetz*.)

Aus der Klinik in Halle wurden 1894 86, 1895 96 Kranke übernommen. Eine Kranke, welche ihre 4 Kinder ertränkt hatte und zur Beobachtung übergeben war, genas von acuter hallucinatorischer Paranoia, 10 weibliche Kranke wurden der *Fontheim*'schen Anstalt zu Liebenburg überwiesen.

Bestand 1894 660 (365 M. 295 Fr.), Aufnahme 268 (123 M. 145 Fr.), Abgang genesen 62 (24 M. 38 Fr.), gebessert 64 (25 M. 39 Fr.), ungeheilt 44 (28 M. 16 Fr.), nicht-irre 1, gestorben 66 (37 M. 29 Fr.), blieben 691 (373 M. 318 Fr.).

1895 aufgenommen 245 (140 M. 105 Fr.), abgegangen genesen 67 (36 M. 31 Fr.), gebessert 70 (38 M. 32 Fr.), ungeheilt 52 (29 M. 23 Fr.), nicht-irre 1, gestorben 77 (43 M. 34 Fr.), blieben 669 (366 M. 303 Fr.). Erbliche Anlage bei den Aufgenommenen nachgewiesen mit 45 und 44,9 pCt., Missbrauch von Spirituosen bei 9,73 und 24,3 pCt., Syphilis mit 12 und 11,4 pCt., Kopfverletzungen mit 10 und 10,2 pCt., heftige Gemüthsbewegung mit 20,5 und 33,5 pCt., Ueberanstrengung mit 5 und 4,9 pCt., körperliche Leiden mit 5,6 und 8,9 pCt., acute fieberhafte Krankheit 6 pCt., Geburt oder Wochenbett 7 und 5 pCt. Mit dem Strafgesetz waren in Conflict gerathen 14 und 20. Muthmasslich heilbar 1894 116, 1895 113. An Paralyse starben 34 (27 M. 7 Fr.), und 45 (34 M. 11 Fr.). Tod an Tuberculose 4 und 10, an Suicid 1 und 1. 1894 Influenza bei 3 Aerzten, mehreren Wärterinnen, 5 m. u. 36 w. Kranken. Mit Erysipel 7 und 8 Kranke, von denen der eine mit Erysipel aus der *Halle*'schen Klinik gekommen war

Im Siechenasyl „Kaiser-Wilhelm-Augusta-Stiftung“ war 1894 Bestand 145 (65 M. 80 Fr.), aufgenommen 36 (26 M. 10 Fr.), entlassen gebessert 1 M., versetzt 2 M., gestorben 30 (18 M. 12 Fr.), blieben 148 (70 M. 78 Fr.). 1895 aufgenommen 35 (21 M. 14 Fr.), entlassen gebessert 3 (2 M. 1 Fr.), gestorben 24 (13 M. 11 Fr.), blieben 155 (76 M. 79 Fr.). 3 Pflegerinnen wurden pensionirt. Bestand Ende März 1896 an Personal: 92 Pflege-, 25 Dienstpersonal. Die Mittel zur jährlichen Betheiligung eines Anstaltsarztes an einem Ferien-Cursus sind zur Verfügung gestellt. Ausgabe 1894 514151 Mk., 1895 535915 Mk.

1. Verwaltungsbericht der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe (Altmark) vom 1. Juli 1894 bis März 1895 und vom 1. April 1895 bis 30. Juni 1895. 45 S. 4°. (Dir. Dr. *Alt*.)

Geschichte der Anstalt, Lage derselben, Situationsplan. 800 Morgen Terrain. Bauplatz 12 ha. September 1894 kamen die ersten Kranken. Beschreibung der Bauten. Abfuhr, Canalisation. Bestand am 31. August 1894 0, Zugang vom 1. September 1894 bis 31. März 1895 317 (176 M.

141 Fr.), darunter mit Paralyse 14 (13 M. 1 Fr.), und mit Epilpsie 171 (89 M. 82 Fr.), Abgang 28, mit Paralyse 4 M., (16 M. 12 Fr.), blieben 289 (160 M. 129 Fr.).

Zugang vom 1. April bis 1. Juli 1895 61 (28 M. 33 Fr.), darunter mit Paralyse 3 (2 M. 1 Fr.), mit Epilepsie 30 (14 M. 16 Fr.), Abgang 20 (11 M. 9 Fr.), darunter mit Paralyse 1 M, daher Bestand 330 (177 M. 153 Fr.), darunter mit Paralyse 12 (10 M. 2 Fr.), mit Epilepsie 172 (87 M. 85 Fr.). Treffliche Laboratorien, Poliklinik an 3 Tagen zu bestimmten Stunden, darin 144 Fälle berathen. Schulgebäude, 4 Doppelhäuser zu Wohnungen für Pflegepersonal, jede mit 2 Zimmern für Kranke. 71 Personen vom Pflegepersonal gingen ab. Ausgabe: 106434 Mk.

Bericht über die Prov.-Irrenanstalt zu Owinsk pro 1894/95. 9 S. 4°. (Dir. Dr. *Werner.*)

Bestand incl. Urlauber 749 (367 M. 382 Fr.), aufgenommen 244 (123 M. 121 Fr.). Es gingen ab: beurlaubt 15 (6 M. 9 Fr.), endgültig entlassen 336 (145 M. 191 Fr.), gestorben 56 (33 M. 23 Fr.), blieben 586 (306 M. 280 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an Hysterie 4, an Alcohol. chron. 3, an progressiver Paralyse 35 (33 M. 2 Fr.), nicht-irre 2; voraussichtlich heilbar 69. Heredität nachgewiesen bei 71 = 29,09 pCt., 9 Fälle zur Beobachtung überwiesen. Geheilt 34 (19 M. 15 Fr.), davon in 6 Mon. 8, in 12 Mon. 13, innerhalb 2 Jahren 3, innerhalb 5 Jahren 1. Gebessert entlassen 38, ungeheilt 276, gestorben 56. Von letzteren mit Lungentuberculose 11, an Verblutung 1, an Suicid 1. Ein Kranker sprang beim Umtausch von Kleidungsstücken plötzlich aus dem Fenster und starb nach einigen Stunden. 39 Unheilbare kamen nach Kosten und 223 nach der neuen Anstalt Dzickanka. Ausgabe 319850 Mk.

Bericht der Prov.-Irrenanstalt Dzickanka bei Gnesen pro 1. Oct. 1894 bis Ende März 1895. 15 S. 4° mit 12 Tafeln, Zeichnungen der Anstalt. (Dir. Dr. *Kayser.*)

Die Anstalt wurde am 1. October 1894 eröffnet. Aufgenommen bis 31. März 1895 242 Kranke (110 M. 132 Fr.) und zwar aus Owinsk 223 Kranke. Es schieden aus in Folge von Beurlaubung 10 (8 M. 2 Fr.), endgültiger Entlassung 1 M., mit dem Tode 4 (2 M. 2 Fr.), bleiben 227 (99 M. 128 Fr.). Unter den Aufgenommenen 10 mit Manie, 12 mit Melancholie, 40 mit Paranoia, 23 mit Alcoh. chron., 12 mit progressiver Paralyse, 1 nicht-irrer zur Beobachtung. Ausgaben 68011 Mk.

Das Gut hat ca. 492 Morgen guten Bodens. 86 Morgen dienen für Gebäude und Park. 33 Gebäude, wovon 20 für 600 Kranke. In der Regel Wohnräume im Erdgeschoss, Schlafräume im 1. Stock, ausgenommen Pensionshaus, Aufnahme und Siechenabtheilung. Nur obere Etage Fenster-

gitter, Siechenabtheilung nicht. Die offene Anstalt aus 3 gleichen Häusern für je 33—34 Kranke mit Ofenheizung, unvergitterten Fenstern, ohne Dornverschluss. Die Thüren werden nur Nachts verschlossen. Kirche mit 120 Sitzplätzen. Elektrische Beleuchtung. Wasser aus 3 Brunnen von ca. 40 Meter Tiefe. Waterclosets mit selbstthätiger Spülung mit Canalisation und Ueberrieselung.

Bericht der Prov.-Irren-Pflegeanstalt zu Kosten pro 1893/95. (Dir. Dr. *Dluhosch.*)

Eröffnet den 1. April 1893. Zugang von April 1893—95 483 (240 M. 243 Fr.), abgegangen geheilt 3 (1 M. 2 Fr.), gebessert 1 M. 1 Fr., ungeheilt 20 (11 M. 9 Fr.), gestorben 80 (46 M. 34 Fr.), blieben 377 (180 M. 197 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 8 bis 6 Mon., bei 11 bis 1 Jahr, bis 5 Jahre bei 69, bis 10 Jahre bei 61, über 10 Jahre bei 240, unbekannt bei 94. Mit dem Strafgesetz in Conflict gekommen 96, 11 mit Erysipelas. An Lungentuberculose sind 20 gestorben, an progressiver Paralyse 8 (7 M. 1 Fr.); 35 pCt. beschäftigt. An der Anstalt liegen 8 ha, 2 Kilometer entfernt 80 ha. Ausgabe pro 1894/95 127001 Mk.

Bericht der Westpr. Prov.-Irrenanstalt Schwetz 1895/96. 16 S. 4°. (Dir. Dr. *Grunau.*)

Bestand 476 (239 M. 237 Fr.), aufgenommen 43 (24 M. 19 Fr.), wovon nur 17 heilbar. Entlassen geheilt 6 M., gebessert 12 (6 M. 6 Fr.), ungeheilt 11 (8 M. 3 Fr.), nicht-irre 1 M., gestorben 28 (16 M. 12 Fr.). Aufenthaltsdauer der Genesenen bei 2 bis 3 Mon., bei 4 bis 9 Mon. Eine Frau, welche an Melancholie litt, nur bis 2 Mon. da war und gegen ärztlichen Rath vom Manne abgeholt wurde, schnitt 4 Monate nachher 3 Kindern die Hälse durch. 2 Suicide in der Anstalt, der eine, als festgestellt war, dass der Mann die Frau auf ihr Drängen abholen wollte. Ausgaben: 242714 Mk.

Bericht über die Irrenanstalten zu Allenberg und Kortau, Ostpr. pro 1895. 27 S. gr. 4°. (Dir. Dr. *Sommer* u. Dr. *Stoltzenhoff.*)

Klagen über Ueberfüllung. In Tapiau ist der Bau eines Pavillons für 60 verbrecherische männliche Irre in Aussicht genommen.

Allenberg: Bestand am 1. November 1894 772 (388 M. 384 Fr.), aufgenommen bis Ende October 1895 185 (84 M. 74 Fr.), ausgeschieden 158 (85 M. 73 Fr.), blieben 772 (387 M. 385 Fr.). Genesen 39 (18 M. 21 Fr.), gebessert 56 (33 M. 23 Fr.), ungeheilt 17 (11 M. 6 Fr.), gestorben 39 (17 M. 22 Fr.), nicht-irre 7 (6 M. 1 Fr.), die zur Beobachtung kamen. An Tuberculose starben 8. Zur Zeit sind 19 Kranke bei 13 Pflegern in Familienpflege, Pflegegeld pro Monat 5—10 Mk. Eine Landparzelle von 152 Morgen

wurde angekauft. 52 pCt. Männer und 49 pCt. Frauen wurden beschäftigt. 4 Pavillons für je 60 Kranke sind unter Dach gebracht.

Kortau: Bestand am 1. November 1894 803 (402 M. 401 Fr.), aufgenommen 318 (164 M. 154 Fr.), entlassen genesen 29, gebessert 82, ungeheilt 43, gestorben 94, nicht-irre 3, letztere zur Beobachtung überwiesen. Ende October 1895 Bestand 870 (428 M. 442 Fr.). Von diesen befinden sich 34 M. und 13 Fr. in Familienpflege. Wechsel im Personal lebhaft. Der Dampfverbrauch ist durch die Umwicklung der Dampfleitungsrohre mit Seidenzopfabfällen aus der Fabrik Pasquey in Wesselnheim, Elsass, für das Quadratmeter Rohrfläche auf 0,7 kg pro Stunde ermässigt. Die Accumulatorenanlage hat gut functionirt. Das Gut Kortau hat eine nutzbare Fläche von 100 ha Acker und 30 ha Wiesen. Ein Gutachten des zu einer ausserordentlichen Revision berufenen Geh.-Rath Dr. *Zinn*-Eberswalde folgt. Die darin niedergelegten Grundsätze verdienen überall Beachtung.

Bericht der Westpr. Prov.-Irrenanstalt zu Neustadt pro 1895/96. 27 S. fol. (Dir. Dr. *Rabbas*.)

Bestand 538 (260 M. 278 Fr.), aufgenommen 232 (118 M. 114 Fr.), entlassen geheilt 26 (8 M. 18 Fr.), gebessert 33 (17 M. 16 Fr.), ungeheilt 135 (72 M. 63 Fr.), gestorben 67 (27 M. 40 Fr.), blieben 509 (254 M. 255 Fr.). Am 30. December 1895 wurden 99 (50 M. 49 Fr.) nach Conradstein überführt. Von den Paralytischen war Bestand 1895 35 (30 M. 5 Fr.), kamen hinzu 27 (24 M. 3 Fr.), gingen ab 7 (6 M. 1 Fr.), starben 20 (13 M. 7 Fr.), blieben 35 M. Bei den Aufgenommenen war Krankheitsursache bei 18 Trunksucht, bei 11 Syphilis, bei 13 Kopfverletzung, bei 3 Isolirhaft, Heredität bei 73; mit dem Strafgesetz in Conflict gekommen waren 30. Nur 61 Kranke entfallen innerhalb des ersten halben Jahres der Erkrankung. 7 Kranke wurden zur Beobachtung übergeben, deren Beschreibung folgt, wonach sie psychisch krank waren. Bei den Genesenen war die Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 6 Mon. bei 18, bis 1 Jahr bei 2, länger bei 6; Aufenthaltsdauer bis 6 Mon. bei 20, bis 1 Jahr bei 4, bis 2 Jahre und mehr bei 2. Milde Influenza in 7 Fällen. An Lungenkrankheiten starben 35, darunter 5 Tuberculose. Es arbeiteten 49,4 pCt. 53,8 ha Landwirthschaft. Ausgabe 314098 Mk.

Bericht über die Verwaltung der Heil- und Pflegeanstalt Eichberg von 1894/95 u. 1895/96. 12 S. 4°. (Dir. Dr. *Schroeter*.)

Bestand am 1. April 1894 613 (307 M. 306 Fr.), aufgenommen 168 (94 M. 74 Fr.), abgegangen 137 (79 M. 58 Fr.), blieben 644 (322 M. 322 Fr.). Der Ueberfüllung wird der inzwischen gefasste Beschluss eines Neubaues bei Weilmünster entgegentreten. Unter den Aufgenommenen 15 mit alkoholistischer Geistesstörung, 24 (18 M. 6 Fr.) mit Paralyse; Erblichkeit nachzuweisen bei 83 = 49,40 pCt. Entlassen geheilt 28 (14 M. 14 Fr.), ge-

bessert 43 (28 M. 15 Fr.), ungeheilt 10 (4 M. 6 Fr.), gestorben 56 (33 M. 23 Fr.). 9 Entweichungen bei der Aussenarbeit. Bei den Geheilten Krankheitsdauer vor der Aufnahme unter 3 Mon. bei 23, von 3—6 Mon. bei 5; Aufenthaltsdauer unter 3 Mon. bei 6, von 3—6 Mon. bei 10, von 6—12 Mon. bei 8, über 1 Jahr bei 4, bei letzteren 1 nach 4 Jahren. Im Gesammtabgange mit alcoholischer Geistesstörung bei 12, mit paralytischer bei 19 (15 M. 4 Fr.). Als Todesursache Lungenschwindsucht bei 7, Herzleiden bei 9. 15 Kranke hatten 6monatliche Freistelle Prolongirte Bäder bei Aufregung wohlthuend. Hyoscin, Paraldehyd, Trional häufiger zur Beruhigung herangezogen. Beschäftigte Männer 58,38 pCt., Frauen 48,25 pCt. im Sommer, im Winter mehr. Die Kolonie auf dem Wachholderhof zählte am Ende 72 Kranke, in Familienpflege schliesslich 37.

Von März 1895 bis März 1896 gingen zu 185 (93 M. 92 Fr.), entlassen geheilt 31 (14 M. 17 Fr.), gebessert 54 (32 M. 22 Fr.), ungeheilt 20 (12 M. 8 Fr.), gestorben 57 (30 M. 27 Fr.), nicht-irre 1 M. Nach einer Krankheitsdauer vor der Aufnahme von über 6 Mon. wurden nur noch 2 Kranke geheilt, nach einer Aufenthaltsdauer über 1 Jahr nur 5.

Berichte der Prov.-Irrenanstalten zu Marsberg, Lengerich, Münster, Eickelborn pro 1894/95. 65 S. 4°.

In diesen Anstalten war Bestand 1. April 1894 1867, Zuwachs 613, Abgang 595, blieben 1885. Geheilt 103, gebessert entlassen 92, gestorben 102. Von den Aufgenommenen waren erblich belastet 230. Aufnahmegesuche 640, davon abgelehnt 120. Wachabtheilungen überfüllt, daher 228 in Privatanstalten überführt wurden. Kosten pro Kopf in Marsberg 644, in Lengerich 618, in Marienthal 621, in Eickelborn 304 Mk., mit Anlagecapital in Marsberg 884, in Lengerich 808, in Marienthal 811, in Eickelborn 386 Mk.

Marsberg: Bestand 454 (231 M. 223 Fr.), aufgenommen 127 (66 M. 61 Fr.), entlassen geheilt 41 (11 M. 30 Fr.), gebessert 26 (12 M. 14 Fr.), ungeheilt 52 (38 M. 13 Fr.), gestorben 15 (7 M. 8 Fr.), beobachtet 2 M. Von den Aufgenommenen litten an Paralyse 3 M., mehr als 53 pCt. waren als unheilbar anzusehen; Ursachen bei 14 andere Krankheiten, bei 9 Fall auf den Kopf, bei 7 Trunksucht; bei 40,9 pCt. Erblichkeit nachweisbar. Mit dem Strafgesetz waren vor der Erkrankung 5 M., nach der Erkrankung 6 M. in Conflict gekommen. Von den Geheilten Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 32 bis 3 Mon., bis 12 Mon. bei 7, mit unbekannter Dauer bei 2, während der Aufenthalt in der Anstalt bis 3 Mon. bei 8, bis 6 Mon. bei 8, bis 1 Jahr bei 17, über 1 Jahr bei 8 betrug. Ausgaben 485148 Mk.

Lengerich: Bestand 470 (255 M. 215 Fr.), Zugang 229 (118 M. 111 Fr.), entlassen geheilt 44 (21 M. 23 Fr.), gebessert 43 (21 M. 22 Fr.), beurlaubt 1 Fr., beobachtet 4 M., ungeheilt 103 (57 M. 46 Fr.), gestorben 17 (9 M. 8 Fr.), blieben 487 (261 M. 226 Fr.). Bei den Aufgenommenen

war Erblichkeit bei 49, Syphilis Ursache bei 7, Trunksucht bei 47 (17 M. 30 Fr.), Operationen 2, Verletzungen bei 6. Für durchliegende Kranke leistet Torfmull mehr als Holzwolle. Aufenthaltsdauer der Geheilten bis 6 Mon. bei 31, bis 1 Jahr bei 10, bis 2 Jahre bei 3. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 6 Mon. bei 38, bis 1 Jahr bei 4, bis 2 Jahre bei 2. Ausgaben 349 970 Mk.

Münster: Bestand 459 (222 M. 237 Fr.), Zugang 223 (127 M. 96 Fr.), Abgang beobachtet 16 (14 M. 2 Fr.), geheilt 17 (4 M. 13 Fr.), gebessert 22 (13 M. 9 Fr.), ungeheilt 116 (68 M. 48 Fr.), beurlaubt 2 Fr., gestorben 34 (21 M. 13 Fr.), blieben 475 (229 M. 246 Fr.). Bei den Aufgenommenen war Paralyse 29 (26 M. 3 Fr.), Erblichkeit bei 98.

Pflegeanstalt zu Eickelborn: Bestand 484 (245 M. 239 Fr.), aufgenommen 34 (21 M. 13 Fr.), Abgang 40 (18 M. 22 Fr.), blieben 478 (248 M. 230 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an einfacher Seelenstörung 14, an Paralyse 1, an Epilepsie 4, an Imbecillität 15. Entlassen geheilt 1, ungeheilt 2, gebessert 1, ins Hospital 1, gestorben 36. 24 pCt. bettlägerig, 21 pCt. beschäftigt. Ausgaben 203 521 Mk.

Bericht über die Bezirks-Irrenanstalt Stephansfeld-Hördt pro 1895/96. 28 S. 4°. (Dir. Dr. *Stark.*)

Bestand 1340 (685 M. 655 Fr.), darunter paralytische Seelenstörung 57 (37 M. 20 Fr.), Delirium potat. 21 M., aufgenommen 308 (158 M. 150 Fr.), darunter mit Paralyse 25 (17 M. 8 Fr.), mit Delirium potat. 7 M., nichtirre 1 M. Aus der psychiatrischen Klinik wurden 69 (27 M. 42 Fr.) aufgenommen. Das Beispiel des Nicht-Irren ist ein Beispiel bäuerlieher Schlauheit. Fast die Hälfte der Aufgenommenen musste wegen der Dauer der Krankheit für unheilbar erkannt werden, Erblichkeit bei 32,4 pCt. nachweisbar. Der Nachtheil der Verpflegung von Sträflingen unter den anderen Kranken wird betont. Abgegangen genesen 28 (10 M. 18 Fr.), gebessert 36 (18 M. 18 Fr.), ungeheilt 157 (109 M. 48 Fr.), starben 92 (47 M. 45 Fr.), blieben 1334. Ein Epileptiker, der sich einmal $^1/_2$ und ein andermal $^3/_4$ der Zunge durchgebissen, genas ohne Medicamente und ist nun 2 Jahre frei von Anfällen geblieben. An Lungen- und Darmtuberculose starben 27. Zu den beiden Wachsälen wurden 4 weitere hinzugefügt. Die Anstalt hat 70,77 ha Land. Ausgaben 617 470 Mk.

Bericht des Fürst-Carl-Landesspitals zu Sigmaringen pro 1895. 12 S. 4°. (Dir. Dr. *Bilharz.*)

Abtheilung für Geisteskranke: Bestand 76 (40 M. 36 Fr.), aufgenommen 29 (15 M. 14 Fr., entlassen geheilt 3 (2 M. 1 Fr.), gebessert 5 (1 M. 4 Fr.), ungeheilt 2 M., gestorben 11 (6 M. 5 Fr.), blieben 84 (44 M. 40 Fr.). An Lungen- und Darmtuberculose starben 4. Ein entwichener Schwachsinniger wurde im Walde erfroren gefunden. Eiu Mikrocephale, mit dem Strafgesetz

in Conflict gekommen wegen crimen sexuale, simulirte acute Geisteskrankheit und wurde ohne Bestrafung in Familienpflege entlassen.

In der Abtheilung für körperliche Kranke war im Juli der höchste Bestand 39.

Bericht der Kreisirrenanstalt München pro 1895. 36 S. 8°. (Dir. Dr. *Grashey.*)

Bestand 535 (258 M. 277 Fr.), aufgenommen 225 (129 M. 96 Fr.), entlassen genesen 26 (13 M. 13 Fr.), gebessert 38 (18 M. 20 Fr.), ungebessert 110 (59 M. 51 Fr.), gestorben 74 (41 M. 33 Fr.), blieben 502 (246 M. 256 Fr.). Darunter paralytische Seelenstörung Bestand 66 (40 M. 26 Fr.), aufgenommen 57 (43 M. 14 Fr.), entlassen gebessert 5 (2 M. 3 Fr.), ungebessert 16 (10 M. 6 Fr.), gestorben 40 (28 M. 12 Fr.), blieben 62 (43 M. 19 Fr.). Ebenso mit Delirium potat. Bestand 4, aufgenommen 10, genesen 2, gebessert entlassen 5, gestorben 1, blieben 6. Ebenso nicht-irre aufgenommen 11, ins Gefängniss zurück 10, blieb 1. Aufnahmen nach Erblichkeit bei 114, dieselbe bei Paralyse 19. Aufnahmen in forensischer Beziehung vor der Erkrankung nicht-irre 5, bestraft 18; nach der Erkrankung mit dem Strafgesetz in Conflict gekommen 11, bestraft 6, in Summa 40. Genesungen nach der Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 6 Mon. bei 23, bis 12 Mon. bei 2, über 2 Jahre bei 1, darunter mit Erblichkeit bei 20. An Lungen- und Darmtuberculose starben 13, an Herz- und Gefässkrankheiten 9. Ausgaben 500668 Mk.

Nach 15 jähriger Ueberfüllung zum ersten Mal unter dem normirten Maximum. Ein Epileptiker erstickte im gemeinsamen Schlafsaal, weil er auf dem Gesicht lag, ohne dass der Wärter es bemerken konnte, ein Paralytiker, weil er einem Kranken Speisebrei wegnahm und ihn unter der Bettdecke verzehren wollte. Ein eben Aufgenommener an Lungenembolie, bei dem die Section eine Oberarmluxation nachwies, durch welche die Gelenkkapsel abgerissen, Muskelbündel zerfetzt und Blutung in der Gelenkgegend verursacht war, veranlasst zu Hause, weil mehrere Männer beauftragt waren, ihn festzuhalten. Allgemeine Bemerkungen über die Mortalität im Vergleich zu den andern bayerischen Anstalten. München hat 10 pCt. Paralytiker, die anderen nur 4 pCt., die Anstalt liegt im Banne einer Grossstadt und war überfüllt.

Bericht der Kreis-Irrenanstalt Bayreuth pro 1895. 35 S. 8°. (Dir. Dr. *Kraussold.*)

Bestand Anfang 1895 461 (258 M. 203 Fr.), darunter mit Paralyse 12 (8 M. 4 Fr.), aufgenommen 128 (69 M. 59 Fr.), entlassen: genesen 35 (14 M. 21 Fr.), gebessert 34 (23 M. 11 Fr.), ungebessert 10 (3 M. 7 Fr.), gestorben 29 (19 M. 10 Fr.), darunter mit Paralyse 6 (4 M. 2 Fr.), blieben 478 (266 M. 212 Fr.). Bei 68 der Aufgenommenen war die Erblichkeit

nachweisbar. Von den Genesenen bestand die Krankheit vor der Aufnahme bei 28 bis 6 Mon., bei 5 bis 12 Mon., bei 1 bis 2 Jahre, länger bei 1. Forense Fälle zur Beobachtung 13. Von Gehirngewichten bei der Section das höchste 1495 g, das niedrigste 840 g. Hauptrolle bei der Behandlung Bäder und Hypnotica. Künstliche Fütterung bei einem Manne das ganze Jahr täglich 2 mal, bei 8 M. im Ganzen 83 mal und bei 12 Fr. im Ganzen 253 mal. Bettruhe günstig. An Typhus erkrankten 13.

10. Jahresbericht der Kreis-Irrenanstalt Gabersee für 1895. 6 S. 8°. (Dir. Dr. *Bandorf.*)

Bestand 393 (195 M. 198 Fr.), aufgenommen 166 (101 M. 65 Fr.), abgegangen 111 (73 M. 38 Fr.), blieben 448 (223 M. 225 Fr.). Von dem Bestande litten an Paralyse 4,5 pCt., von den Aufgenommenen 13,9 pCt. 18,5 pCt. der Aufgenommenen war hereditär belastet. Vom Abgang paralytisch 12,7 pCt. Entlassen genesen 19,9 pCt., gebessert 21,8 pCt., ungeheilt 18,1 pCt., transferirt 7,2 pCt., gestorben 33,6 pCt. Die Isolirung in 895 Fällen nur vorübergehend, in 234 Fällen dauerte sie bis zu 1 Tag, in 41 von 2—5 Tage und nur 26 mal über 5 Tage. Unrein bei Tage 1,7 pCt., bei Nacht 7,2 pCt. Beschäftigte Männer 77,2 pCt., Frauen 72,7 pCt. Decubitus bei 2,4 pCt. Zwangsweise Ernährung nur bei 1 Fr. Entwichen 41 (32 M. 9 Fr.) oder 10 pCt.; 13 der Entwichenen gehörten zu den verbrecherischen Irren. Vom Pflegepersonal traten bei den M. 68,1 pCt., bei den Frauen 35,8 pCt. aus.

Das Irrenwesen im Königreich Sachsen im Jahre 1895. Leipzig 1896. 63 S. 8°.

In den 5 Landesirrenanstalten Sonnenstein, Colditz, Hubertusburg, Untergöltzsch und Zschadras wurden 1895 4674 (2116 M. 2558 Fr.) verpflegt. Bestand war 3312 (in Sonnenstein 443, Colditz, Hubertusburg, Untergöltzsch 386, Zschadras 327), Zugang 1362 (je 349, 154, 458, 232, 169), Abgang 984 (162, 116, 415, 167, 124), gestorben 246 (50, 70, 79, 32, 15), blieben 3444 (580, 608, 1480, 410, 357), Zahl der Betten 3787 (600, 637, 1490, 600, 560), Erblichkeit bei 1781 = 38,1 pCt.

In Sonnenstein Bestand 443 (275 M. 168 Fr.), aufgenommen 349 (195 M. 154 Fr.), darunter 42 (35 M. 7 Fr.) mit Paralyse, nicht-irre 3 M. Mit günstiger Prognose der Aufgenommenen bei 25,7 pCt., mit zweifelhafter bei 30,6 pCt., mit ungünstiger bei 43,7 pCt. Frühere Syphilis war nur bei 43 pCt. der aufgenommenen Paralytiker nachweisbar. Ausgesprochen alkoholisches Irresein zwar nur bei 8 pCt., aber überreichlicher Genuss von Spirituosen bei 31 pCt. Genesen und gebessert entlassen 98 (51 M. 47 Fr.). Genesungen nach 18 Mon. kommen nur noch ganz ausnahmsweise vor.

Gestorben 50 (38 M. 12 Fr.), an progressiver Paralyse 24 (20 M. 4 Fr.), 52,6 pCt. der Todesfälle. Lungentuberculose nur 8 pCt., wie ausserhalb.

Untergöltzsch: Bestand 386 (158 M. 228 Fr.), aufgenommen 232 (104 M. 128 Fr.), darunter mit Paralyse 31 (24 M. 7 Fr.), bei denen 25 pCt. sicher, 16,66 pCt. wahrscheinlich Syphilis vorlag. Abgang genesen 55 (22 M. 33 Fr.), gebessert 25 (13 M. 12 Fr.), ungeheilt 21 (13 M. 8 Fr.), gestorben 32 (18 M. 14 Fr.), dazu 52 (6 M. 46 Fr.) in andere Anstalten. 1 Suicid bei einem Kranken, der allein spazieren gehen durfte und am 1. December, seinem Geburtstage, nicht zurückkehrte. Erst am 12. December konnte seine Leiche gefunden werden. 44,6 pCt. Heredität in der Gesammtheit, 34,7 pCt. bei den Paralytischen. Die Influenza befiel 32 Personen, alle genesen. Wohlthätige Wirkung der Dauerbäder und der systematischen Beschäftigung. Letztere bei Männer 64,6 pCt., bei Frauen 56,2 pCt. In der Abtheilung für Halbruhige wurde die Hausthür geöffnet und die Gartenthür verschlossen gehalten. 24 eigenmächtige Entfernungen, 15 aus den offenen Häusern.

Zschadras: Bestand 327 (251 M. 76 Fr.), darunter 16 (14 M. 2 Fr.) mit Paralyse, aufgenommen 169 (55 M. 114 Fr.), darunter Paralyse 22 (14 M. 8 Fr.). Bei den Zugängen Ursache Heredität bei 62, Trunksucht bei 3, Syphilis bei 3, Kopfverletzung bei 5. Der Abgang betrug 139 (119 M. 20 Fr.), 104 M. wurden in andere Anstalten überwiesen, darunter 6 Paralytiker. Von den übrigen 15 M. und 20 Fr. wurden als geheilt entlassen 3 M. 6 Fr. und 1 nicht-irre Fr. Wesentlich gebessert und beurlaubt 2 M. 4 F. Ungebessert entlassen und beurlaubt 2 M. 2 Fr. Gestorben 8 M. 7 Fr., darunter 5 M. 2 Fr. mit Paralyse. Es blieben 357 (187 M. 170 Fr.), darunter 33 (26 M. 7 Fr.) mit Paralyse. Ein Saal mit 14 Betten zur Bettruhe bestimmt, die Zahl der Isolirungen nunmehr geringer. Beschäftigt bei den Männern 57,35 pCt., bei den Frauen 43,99 pCt. Wasserverbrauch pro Kopf und Tag 97,3 l.

Hubertusburg: Die Männeranstalt, eröffnet 1. Juli 1895, hatte Anfang 1895 Bestand 649 (436 M. 213 Fr.), aufgenommen 163 M. Abgang 236 (83 M. 153 Fr.), blieben 576 (516 M. 60 Fr.). Bei den Aufgenommenen litten an allgemeine Lähmung 39 M.; Heredität bei 87, Syphilis bei 22, Trunksucht bei 9 als Ursache angegben. Von den Abgegangenen geheilt resp. gebessert 26 (24 M. 2 Fr.), in andere Anstalten 174 (26 M. 148 Fr.), gestorben 29 (27 M. 2 Fr.), an Suicid 1, Lungenschwindsucht 2. Tonnensystem eingeführt. — Die Heil- und Pflegeanstalt für weibliche Irre, einschliesslich der Aussenabtheilung Liptitz: Bestand 867 Fr., aufgenommen 295 Fr., in Abgang 258, blieben Ende 1895 904 Fr. Von den Aufgenommenen litten an paralytischer Seelenstörung 12. Zuführungen aus anderen Anstalten 234 mal. Als Ursache angegeben Fall auf den Kopf 4 mal, Laparotomie 1 mal, Hysterie 6 mal, Syphilis 7 mal, Alkohol 8 mal, erbliche Anlage 108 mal, angeborene 69 mal. Entlassen, beurlaubt und gestorben 258 Kranke. Geheilt 9, gebessert entlassen 1, ungeheilt 180. 18 Kranke

beurlaubt. Verstorben 50 Kr., an progressiver Paralyse 8, an Tuberculose 13. Erysipelas in 7 Fällen. Neue Wachabtheilung bezogen.

Am 1. Juli die Anstalt als Heil- und Pflegeanstalt eröffnet und ihr bestimmte Bezirke eingetheilt.

Colditz: Bestand 640 (403 M. 237 Fr.), aufgenommen 154 (76 M. 78 Fr.), Abgang 186 (138 M. 48 Fr.), blieben 608 (341 M. 267 Fr.). Von den Aufgenommenen litten 27 (22 M. 5 Fr.) an paralytischer Seelenstörung. Von einer weiblichen Kranken ist das Vorleben völlig unbekannt, sie selbst kann nicht Auskunft geben. Der Tuberculose erlagen 15. 7 Kranke entwichen, nur 1 konnte nicht ermittelt werden. Es arbeiteten 42,8 pCt.

Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische zu Hochweitzschen: Bestand 571 (297 M. 200 Fr. 44 Kn. 30 Mdchn.), aufgenommen 118 (61 M. 35 Fr. 15 Kn. 7 Mdchn.), Abgang 80 (45 M. 28 Fr. 4 Kn. 3 Mdchn.), blieben 609 (320 M. 210 Fr. 48 Kn. 31 Mädchen). Bei 22,9 pCt. der Erwachsenen fiel die Erkrankung in die Pubertätszeit, 53,1 pCt. in die Kinderjahre. In 42,4 pCt. war Erblichkeit die Ursache. Von den nicht ledigen Epileptikern waren 9 (5 M. 4 Fr.) vor und 11 (9 M. 2 Fr.) nach ihrer Verheirathung epileptisch geworden. Mit den Strafgesetzen waren 10 Aufgenommene in Conflict gekommen. Geheilt 9 (4 M. 3 Fr. 1 Kn. 1 Mdchn.), gebessert entlassen 19 (14 M. 3 Fr. 1 Kn. 1 Mdchn.), ungebessert 11 (4 M. 6 Fr. 1 Mdchn.), in andere Anstalten als unheilbar 20 (9 M. 11 Fr.), gestorben 21 (14 M. 5 Fr. 2 Kn.). 5 von den Geheilten hatten kein antiepileptisches Medicament erhalten. Dauer des Aufenthaltes der Genesenen bis 1 Jahr 1 Mon. bei 2, 3—4 Jahre bei 4, 4—5 Jahre bei 1, 7 Jahre bei 1, 9 Jahre bei 1, durchschnittlich 3 Jahre 11 Mon. Von den 21 Verstorbenen waren zwischen 30—40 Jahre 7, zwischen 40—50 5, zwischen 50—60 1, zwischen 60—70 1. Hydrastininum hydrochloricum, Herpin'sche Pulver ohne Erfolg. Der Erfolg der Opium-Brom-Kur fraglich, doch wird sie fortgesetzt. Bromatin für die Anfälle ohne Erfolg, doch günstig für das Exanthem der Bromalkalien.

Irrenstation des Zuchthauses für Männer in Waldheim: Bestand 47, Zugang 22, Abgang 18, blieben 51. Stetige Zunahme der Paralyse. 4 genesen, 8 Kranke nach Colditz und 5 starben. 29 Einbettungen bei 24 Züchtlinge behufs Feststellung des Geisteszustandes, davon kamen 14 in die Irrenstation. 17 Isolirräume nothwendig, daher der Aufbau eines 2. Stockwerks erforderlich.

In der Erziehungsanstalt für schwachsinnige Kinder zu Grosshennersdorf Bestand 269 Zöglinge, am Ende des Jahres 222. Der Krankenbestand 4, Zuwachs 144, Abgang 138, davon durch Tod 4. Durch mechanische Verletzungen erkrankten 117. Bettnässer wurden auf Torfmull gelagert. Von den 61 Neuaufgenommenen waren 50 bildungsfähig, mindestens 20 erblich belastet.

In der Anstalt für schwachsinnige Mädchen zu Nossen Bestand Anfang 1895 158 Zöglinge, am Ende des Jahres 149. Krankenbestand 8, Zuwachs 233, Abgang 241, davon durch Tod 2.

In der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Leipzig 160 Betten. Bestand im Anfange 135 (73 M. 62 Fr.), aufgenommen 555 (327 M. 228 Fr.), Abgang 534 (322 M. 212 Fr.), davon gestorben 68 (45 M. 23 Fr.), blieben 156 (78 M. 78 Fr.). Unter den Aufgenommenen waren 83 M. 5 Fr. Alkoholdeliranten und 26 M. 14 Fr. Nichtgeisteskranke (Nervenkranke). Von den eigentlichen Geisteskranken konnten 352 (179 M. 173 Fr.) als geheilt entlassen werden, während 41 M. 22 Fr. starben, ausserdem noch 2 Deliranten und 3 Nichtgeisteskranke.

In den 120 Betten des Stadtirrenhauses zu Dresden wurden 834 (503 M. 331 Fr.) behandelt. Mittlerer Krankenbestand 62. Eigentliche Geisteskranke 486 (254 M. 232 Fr.), daneben 186 männl. und 25 weibl. Deliranten und 43 männl. und 74 weibl. Nervenkranke (unter ihnen 57 Hysterische, 31 Epileptische und 9 durch beide Krankheiten Befallene) verpflegt. In Abgang 788 (478 M. 310 Fr.), darunter 583 (346 M. 237 Fr.) Geisteskranke. Eingerechnet sind hierbei 33 (18 M. 15 Fr.) Verstorbene, darunter 20 (9 M. 11 Fr.) Geisteskranke, 3 männl. Alkoholiker und 10 (6 M. 4 Fr.) Nichtgeisteskranke.

In den beiden Blödenanstalten zu Sigmar und Sohland a. R. wurden 70 jugendliche Kranke verpflegt (43 m. 27 w.). Abgang von 34 Kn. und 24 Mdchn. nur 9 Kn. 3 Mdchn. zu und wurden (nur in Sohland) 3 Kn. 2 Mdchn. zu, während 1 Kn. u. 1 Mdchn. starben.

In den Privatanstalten zu Neucoswig, Möckern, Thonberg mit 230 Betten wurden 286 verpflegt. Anfangsbestand 97 M. 79 Fr., aufgenommen 61 M. 48 Fr., geheilt 52 M. 48 Fr., gestorben 10 M. 1 Fr., blieben 175 Kranke. Unter den Kranken befinden sich 279 Geisteskranke, 2 Alkoholdeliranten und 5 Nervenkranke (2 Morphinisten, 2 Neurastheniker), doch starben nur Geisteskranke.

Bericht über das Stadt-Irren- und Siechenhaus zu Dresden pro 1894. 21 S. fol. (Oberarzt Dr. *Ganser*.)

In der Irrenbeobachtungs-Abtheilung war Bestand Anfang 1894 47 (28 M. 19 Fr.), Zugang 704 (445 M. 259 Fr.), Abgang 693 (438 M. 255 Fr.), blieben 58 (35 M. 23 Fr.). Von den 751 verpflegten Geisteskranken starben 33 = 4,39 pCt. Im Irrenbeobachtungshause ist Raum für 112 Kranke in gewöhnlicher Verpflegung und 8 Kranke in Sonderverpflegung. Bestand bei Hysterie 3 Fr., Zuwachs 62 (28 M. 34 Fr.), Abgang 64 (28 M. 36 Fr.), blieb 1 Fr. An Schwermuth Bestand 2 Fr., Zuwachs 46 (14 M. 32 Fr.), Abgang 43 (12 M. 31 Fr.), gestorben 2 (1 M. 1 Fr.), blieben 5 (2 M. 3 Fr.). Mit Tobsucht Zuwachs 11 (3 M. 8 Fr.), Abgang 10 (3 M. 7 Fr.). Bei Fieberdelirien Zuwachs 10, Abgang 10, durch Tod 5. Bei acuter Verwirrtheit Bestand 7, Zuwachs 45, Abgang 50. Bei fortschreitender Lähmung Bestand 8 (7 M. 1 Fr.), Zuwachs 93 (80 M. 13 Fr.), Abgang 91 (78 M. 13 Fr.),

durch Tod 4 M., blieben 10 (9 M. 1 Fr.). Nicht-irre gefunden: Zuwachs 17, Abgang 17, durch Tod 5. Geheilt kehrten nach Hause 103. Von den verpflegten 473 M. litten 144 = 30,4 pCt. an einer Trinkerkrankheit, bei 256 mit anderen Ursachen: an Neurasthenie 2, neurasthenische Geisteskrankheit 2, an Hysterie 13, an hysterischer Geistesstörung 4, an Epilepsie 3, an epileptischer Geistesstörung 1, an Hypochondrie 5, an Schwermuth 1, an Tobsucht 1, an circulärer Geistesstörung 2, an Fieberdelirien 4, an acuter Verwirrtheit 7, an acutem Wahnsinn 1, an primären Blödsinn 2, an Verrücktheit 7, an Imbecillität 3, an erworbenem Schwachsinn 5, Altersschwachsinn 10, an fortschreitender Hirnlähmung 33, an Heerderkrankung 8, an Hirnsyphilis 2, Alcoholismus 144, acuter Aufregung 1, nicht geisteskrank 5. Von den 78 M. mit fortschreitender Hirnlähmung hatten nachweisbar an Hyphilis gelitten 64 = 73,5 pCt., von den 14 Fr. 8 = 57,1 pCt. Nachgewiesen Erblichkeit oder Familienanlage für Geisteskrankheiten bei 205 M. = 43,3 pCt., Verletzungen bei 88 M. = 18,6 pCt., Trunk bei 266 M. = 56,6 pCt., Syphilis bei 155 M. = 28,5 pCt. Bei Frauen Erblichkeit 119 = 42,8 pCt., Verletzungen 4 = 1,4 pCt., Trunk 41 = 14,7 pCt., Syphilis 22 = 7,9 pCt.

Lindenhof, Heilanstalt für Gemüths- und Nervenkranke von Dir. Dr. *P. H. Pierson*. Mit 31 Lichtdrucktafeln und 5 Plänen. 34 S. gr. 8°. Leipzig 1896.

In einem stattlichen und reich mit Illustrationen versehenen Bande giebt Verfasser zunächst die Chronik seiner Anstalt. Begründer war Dr. *G. Bräunlich*, Schüler *Hayner*'s 1845, der zu seinen Söhnen nach Amerika wanderte und dort 1875 starb. Ihm folgte 1851 Dr. *Matthiae*, doch ging 1867 die Anstalt ein. 1874 eröffnete sie Dr. *B. Wolff*, der das Terrain der Anstalt vergrösserte, sie aber 1884 an Dr. *Fr. Jäckel* und dieser in Folge von Kränklichkeit sie am 1. August 1891 dem jetzigen Besitzer überliess. Jetzt entstand ein Neubau im Pavillonsystem, nur 3 von den alten Gebäuden bestehen noch. 2 Villen für Schwerkranke, Wirthschaftsgebäude, 2 Villen für Leichtkranke, Gesellschafts-, Maschienen- und Stallgebäude folgten. 1891 konnten die 53 Kranken aus der früheren Anstalt zu Pirna mit einem Extrazuge übergeführt werden. Elektrische Beleuchtung. Später folgten noch Gewächshäuser und Wohnhaus des Besitzers. 60 000 qm Flächeninhalt. Beschreibung der einzelnen Gebäude und der maschinellen Einrichtungen. Vom 22. October 1891 bis 1. Juli 1895 sind behandelt 430 (236 M. 194 Fr.), entlassen geheilt oder wesentlich gebessert 136 (62 M. 74 Fr.), 156 (97 M. 59 Fr.) gingen in andere Anstalten und in häusliche Pflege über. 47 (33 M. 14 Fr.) starben, davon 22 M. 1 Fr. an progressiver Paralyse. 34 pCt. der Männer litten an Paralyse. Es blieben 91 (44 M. 47 Fr.).

Bericht der im Königreich **Württemberg** bestehenden Staats- und Privatanstalten für Irre, Schwachsinnige und Epileptische für 1894 von Ober-Medic.-Rath Dr. *Pfeilsticker*. Stuttg. 1896. 39 S. gr. 4°.

In den vier Staatsirrenanstalten Schussenried, Winnenthal, Weissenau und Zwiefalten im Jahre 1894 Bestand 1569, Aufnahme 532, Abgang 427, blieben 1674 und zwar in Schussenried Zahl der Plätze 434, Bestand 384 (209 M. 175 Fr.), aufgenommen 162 (79 M. 83 Fr.), Abgang 148 (74 M. 74 Fr.), blieben 398 (214 M. 184 Fr.) In Winnenthal mit 277 Betten Bestand 221 (113 M. 108 Fr.), Zugang 201 (106 M. 95 Fr.), Abgang 193 (108 M. 85 Fr.), blieben 22 (111 M. 118 Fr.). In Weissenau mit 500 Plätzen Bestand 418 (237 M. 181 Fr.), Zugang 132 (38 M. 94 Fr.), Abgang 60 (29 M. 31 Fr.), blieben 490 (246 M. 244 Fr.). In Zwiefalten mit 563 Plätzen Bestand 546 (294 M. 252 Fr.), Zugang 37 (30 M. 7 Fr.), Abgang 26 (18 M. 8 Fr.), blieben 557 (306 M. 251 Fr.). Von 718 Aufnahmegesuchen konnten 542 Erfüllung finden, Grund der Ablehnung meist Ueberfüllung der Abtheilung der Unruhigen. Von paralytischer Seelenstörung war der Bestand 25 (24 M. 1 Fr.), aufgenommen 26 (19 M. 7 Fr.), entlassen gebessert 3 M., ungeheilt 2, gestorben 17 (11 M. 6 Fr.), blieben 22 (16 M. 6 Fr.). Von Delirium potat. Bestand 2, aufgenommen 3, genesen 1, blieben 3. Nicht-Irre Bestand 1, aufgenommen 15, Abgang 16, blieb 1. Bei 47,3 pCt. der Aufnahme Heredität. Die Aufnahme der Ledigen ist fast genau $2^1/_2$ mal so gross als die der Verheiratheten, bei den Paralytischen dagegen ist das Uebergewicht bei den Verheiratheten wie 21 : 12 Lediger. Auf jeden andern Kranken kommt ein überhaupt erblich Belasteter. Auf jeden dritten Kranken kommt ein solcher, bei dessen Eltern oder Familie Geisteskrankheit vorgekommen war. Auf jeden vierten Kranken kommt ein direct d. h. von den Eltern her Belasteter. Auf jeden siebenten Kranken endlich kommt ein solcher, bei dessen Eltern Geisteskrankheit vorgekommen war. Bei paralytischer Seelenstörung scheint die Heredität am seltensten nachweisbar.

10 pCt. Aufgenommene sind vor oder nach der Erkrankung mit dem Strafgesetz in Conflict gerathen und zwar 4,5 pCt. vor und 6,4 pCt. nach der Erkrankung, am häufigsten Idioten und Epileptiker, dann Melancholiker, Primärverrückte, Paralytiker und Secundärgestörte.

Von den 410 Abgegangenen waren genesen 94 = 22,9 pCt., gebessert 118 = 28,8 pCt., ungebessert 106, gestorben 92 = 22,4 pCt. Von den 1877—94 aufgenommenen 2280 Kranke mit primären Formen kamen 1023 — 44,9 pCt. zur Genesung, von den 1155 erbl. Formen 528 = 45,7 pCt., von den 1125 nichterblichen 495 = 44,0 pCt. Von den 1877—94 aufgenommenen primären Formen kamen zur Genesung bei einer Krankheitsdauer bis 6 Mon. auf 1558 Kranke 851 = 54,9 pCt., bis 12 Mon. auf 229 Kranke 81 = 35,4 pCt., bis 2 Jahre auf 150 Kranke 37 = 24,7 pCt., über

2 Jahre auf 244 Kranke 34 = 13,9 pCt. Das günstigste Heilresultat bei den Maniakalischen = 69 pCt., dann bei Melancholischen 45 pCt., bei den Primärverrückten 13 pCt., was mit den Ergebnissen von 1877—93 stimmt.

Im 18 jährigen Zeitraum hatten die Maniakalischen die geringste Sterblichkeit = 5,9 pCt., dann die Melancholischen = 8,9 pCt., die Primärverrückten = 21,6 pCt., die Sekundärgestörten = 64,9 pCt., die Paralytiker = 94,7 pCt.

In Schussenried Influenza-Epidemie mit 15 Fällen. Entweichungen und Fluchtversuche 24, ohne Nachtheil verlaufen, nur 1 aus der Anstalt selbst. In Winnenthal 1 mal Suicid bei period. Manie. In Weissenau Influenza bei 35 leicht. Erysipel 7 mal. Entwichen, abgesehen von den Kolonisten 2 M., von denen der eine Nachts aus der Zelle brach und nur mit dem Hemd bekleidet bis Weingarten kam. In Zwiefalten Influenza bei 50 Personen, Typhus bei 10. Entwichen 7, von denen 5 gemeinsam unter Führung eines Zuchthausgefangenen fortliefen. Nur für einzelne Fälle war Bettruhe wohlthätig. In Weissenau Bettruhe in grösserem Umfange angewendet, dadurch Zwangsmassregeln vermieden. Die Ueberwachungsstationen bewährten sich.

In Schussenried war die Kolonie mit 25 Pfleglingen besetzt, ziemlich starker Wechsel durch Entlassung und Rückversetzung. Eine Familienpflege war bei der Bevölkerung nicht zu erreichen. In Weissenau wurde die 1/4 Stunde entfernte Domäne Rahlen mit 182 Morgen erworben; 30 Kranke mit 6 Wärtern arbeiteten dort. Eine wiederholte Entweichung eines und desselben Kranken kam nicht vor.

Privatirrenanstalten 9, davon 5 unter Leitung von approbirten Aerzten, 4 von nicht approbirten. Zahl ihrer Plätze 1311. In Pfullingen ist eine weibliche Wachabtheilung errichtet. Die Zahl der Kranken Anfang 1894 1146, darunter 643 Staatspfleglinge, aufgenommen 329 (41 staatliche), Abgang 408 (94 staatliche), verblieben 1067 (621 staatliche). Verpflegungsgeld für einen staatlichen Kranken 420 Mk. Ende 1894 Bestand in Göppingen 446 (264 staatliche), Pfullingen 469 (357), in Gmünd 96, in Kennenburg 22, in Leichingen 2, in Ludwigsburg 14, in Beutelsbach 16, in Grunbach 1 bei Müller und 11 bei Weybach.

Heil- und Pflegeanstalten für Schwachsinnige und Epileptische „Schloss Stetten". Bestand 381 (238 M. 143 Fr.), davon Schwachsinnige 178, Epileptische 203, Zuwachs 87 (52 M. 35 Fr.), davon Schwachsinnige 37, Epileptische 50, Abgang genesen 6 Epilptische, gebessert 24, ungebessert 16, gestorben 13, blieben 409 (251 M. 158 Fr.). Im vorigen Jahre Neubau für Epileptische. Die frühere Arztwohnung wurde zu einem Kranken- und Isolirhaus umgebaut. In einem Zimmer ist eine Station für Tuberculose errichtet und mit 5 Kranken besetzt. 200 Gesuche mussten abgewiesen werden. Schwere Typhusepidemie durch 3 Monate mit 29 Fällen. Trinkwasser war rein. Bromkali in Dosen von 1,5—12,3 pro die. Die *Flechsig*'sche Kur in 3 Fällen mässig befriedigend. Suggestion in einzelnen

Fällen von Epilepsie und bei Hysterischen und Neurasthenischen vortrefflich. Die Poliklinik wurde von 48 besucht, davon 3 dauernd geheilt und 5 seit Beginn der Kur frei.

Anstalt für Männer bei Tettnang. Bestand 42, Zuwachs 5, Abgang 10, gestorben 2, blieben 41, darunter 18 Staatspfleglinge. Die *Flechsig*'sche Kur ergab günstige Resultate.

Bericht der Irren-Heil- und Pflegeanstalt Sachsenberg pro 1895. 14 S. 4°. (Dir. Dr. *Matusch.*)

Bestand 597 (323 M. 274 Fr.), aufgenommen 163 (85 M. 78 Fr.), abgegangen genesen 40 (19 M. 21 Fr.), gebessert 28 (17 M. 11 Fr.), ungeheilt 111 (56 M. 55 Fr.), gestorben 58 (32 M. 26 Fr.), blieben 591 (321 M. 270 Fr.), nicht-irre 1 M. Mit Paralyse war Bestand 22 (19 M. 3 Fr.), aufgenommen 19 (17 M. 2 Fr.), gingen ab gebessert 2, ungebessert 3, starben 12 (10 M. 2 Fr.), blieben 24 (21 M. 3 Fr.). Von den Aufgenommenen war Erblichkeit nachweisbar bei 77. Bei den Genesenen war die Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 6 Mon. bei 26, bis 12 Mon. bei 11, bis 2 Jahre bei 2, über 2 Jahre bei 1. An Lungen- und Darmtuberculose starben 9, an Marasmus 19, an Herzkrankheiten 7, an Unglücksfällen 1, 12 entwichen. Zur Beobachtung eingeliefert 4, wovon 3 krank, 1 nicht-irre war. Ausgabe 295 981 Mk.

2. Bericht der Grossh. Irrenanstalt zu Strelitz pro 1895. 10 S. 8°. (Dir. Dr. *Serger.*)

Bestand 111 (49 M. 62 Fr.), aufgenommen 18 (9 M. 9 Fr.), entlassen genesen 2 Fr., gebessert 2 Fr., ungebessert 1 M., gestorben 7 (2 M. 5 Fr.), blieben 117 (55 M. 62 Fr.). Darunter mit paralytischer Seelenstörung Bestand 4 (3 M. 1 Fr.), aufgenommen 2 M., gestorben 1 M. 1 Fr., blieben 4 M. Die beiden Aufgenommenen waren früher syphilitisch und erblich belastet. Die Bettruhe wurde erweitert bei M. 17,4 pCt., bei Fr. 19,5 pCt. Isolirt waren Tags bei M. 0,8 pCt., bei Fr. 0,2 pCt., Nachts 2,9 pCt. resp. 5,1 pCt. Schlafmittel erhielten bei den M. 1,7 pCt., bei den Fr. 10,0 pCt. Beschäftigt 47,8 pCt. M., 34,9 pCt. Fr. In 2 Fällen Erfolg der *Flechsig*'schen Opium-Brombehandlung bei Epilepsie, obgleich der 2. Fall starb. 21 Aufnahmegesuche mussten wegen Platzmangel abgelehnt werden.

Bericht der Herzogl. Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Hildburghausen pro 1892—94. gr. 4. (Dir. Dr. *Mayser.*)

1892 Bestand 448 (235 M. 213 Fr.), aufgenommen 129 (77 M. 52 Fr.). Erblichkeit nachgewiesen bei den Verpflegten in 289 Fällen. Entlassen geheilt 32 (17 M. 15 Fr.), gebessert 20 (8 M. 12 Fr.), ungeheilt 24 (12 M. 12 Fr.), gestorben 31 (19 M. 12 Fr.), blieben 468 (255 M. 213 Fr.).

1893 aufgenommen 142 (78 M. 64 Fr.). Erblichkeit nachgewiesen bei

300. Entlassen geheilt 44 (25 M. 19 Fr.), gebessert 17 (9 M. 8 Fr.), ungeheilt 39 (22 M. 17 Fr.), gestorben 43 (26 M. 17 Fr.), blieben 466 (250 M. 216 Fr.).

1894 aufgenommen 151 (85 M. 66 Fr.). Erblichkeit nachgewiesen bei 389. Entlassen geheilt 39 (20 M. 19 Fr.), gebessert 23 (13 M. 10 Fr.), ungeheilt 34 (22 M. 12 Fr.), gestorben 25 (17 M. 8 Fr.), blieben 493 (261 M. 232 Fr.). Darunter mit paralytischer Seelenstörung Bestand 14 (6 M. 8 Fr.), zugegangen 11 (9 M. 2 Fr.), mit Erblichkeit 15, entlassen gebessert 2 (1 M. 1 Fr.), gestorben 7 (6 M. 1 Fr.), blieben 16 (8 M. 8 Fr.). Nicht-irre zugekommen 4, mit Heredität 4, entlassen 3, blieb 1.

Von 1892—94 Aufenthaltsdauer der Genesenen bis 6 Mon. bei 84, bis 12 Mon. bei 23, bis 2 Jahre bei 5, bis 5 Jahre bei 2, bis 10 Jahre bei 1. Es starben von 1892—94 an Tuberculose 13, an Vitium cordis 7, an Par. progr. 28, an Marasmus 16, an Suicidium 1. Ein Epileptischer und Alkoholiker bekam schon am 2. Tage nach der Aufnahme bei Abstinenz Delirium tremens. Das Triennium konte bei Dementia paralytica in 43 Fällen nur 12 mal nachgewiesen werden. Die Fälle von Nicht-Irresein werden bevon Genesung schrieben. Ein seltener Fall nach 7jähriger Dauer von Stumpfsinn wird ausführlich mitgetheilt. Der Versuch der Familienpflege bei Unheilbaren fiel leidlich befriedigend aus.

36. u. 37. Bericht des Genesungshauses zu Roda pro 1894 u. 1895. 8 S. 4⁰. (Dir. Dr. *Meyer.*)

Abtheilung für Geisteskranke. 343 Bettenzahl, Wärterzahl 32. Bestand 315 (168 M. 147 Fr.), Zugang 108 (63 M. 45 Fr.), Abgang 125 (70 M. 55 Fr.), blieden 298 (161 M. 137 Fr.). Mit Paralyse Bestand Anfang des Jahres 27 (21 M. 6 Fr.), Zugang 20 (15 M. 5 Fr.), Abgang 32 (24 M. 8 Fr.), davon durch Tod 22 (14 M. 8 Fr.), blieben 15 (12 M. 3 Fr.). Hoffnung auf Genesung bei 15 Gebliebenen, unsicher bei 11, keine bei 272. 1895 aufgenommen 106 (55 M. 51 Fr.), abgegangen 101 (57 M. 44 Fr.), blieben 303 (159 M. 144 Fr.).

Bericht der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg pro 1895. 17 S. 4⁰. (Dir. Dr. *Reye.*)

Bestand 1142 (558 M. 584 Fr.), aufgenommen 536 (299 M. 237 Fr.), abgegangen 496 (279 M. 217 Fr.), davon geheilt 78 (37 M. 41 Fr.), gebessert 129 (71 M. 58 Fr.), ungeheilt 116 (67 M. 49 Fr.), gestorben 157 (92 M. 67 Fr.), blieben 1182 (578 M. 604 Fr.), beurlaubt 11 (9 M. 2 Fr.). Ausserdem 2 M., welche an Lungenentzündung mit Delirien litten, von denen der eine nach 2 Tagen starb, der andere nach 6 Tagen ins allgemeine Krankenhaus kam, und ein Mann mit Trunkenheit, der am folgenden Tage entlassen wird. 7 wurden von der Kolonie Langenhorn zurückversetzt. Von den übrigen Aufgenommenen litten an paralytischer Seelenstörung 104 (75 M. 29 Fr.),

Erblichkeit nachzuweisen bei 148; 13 Kranke standen im Alter von 70—80, 5 von 80—90 Jahren Von den Abgegangenen waren 16 nach Langenhorn versetzt, litten an Paralyse 98 (82 M. 16 Fr.). Geheilt wurden 54 Schwermüthige, 24 Tobsüchtige. Die Heilung erfolgte in 1 Mon. bei 9, in $^1/_4$ Jahr bei 28, in $^1/_2$ Jahr bei 13, in 1 Jahr bei 20, in 2 Jahren bei 7, in 3 Jahren bei 1. Es starben an Paralyse 68 (57 M. 11 Fr.). Es blieben mit Paralyse 90 (55 M. 35 Fr.). Terrain der Anstalt 28 ha. 90 000 cbm Wasser wurden aus den Brunnen verbraucht. Ausgaben 755 257 Mk.

Bericht der Krankenanstalt zu Bremen im Jahre 1895. 9 S. 4°. (Dir. Dr. *Scholz.*)

Abtheilung der Nervenkrankheiten: Geisteskrankheiten Bestand 1, Zugang 31, Abgang 28, blieben 4. Hirnentzündung Zugang 14, Abgang 14, davon durch Tod 10. Apoplexie Bestand 1, Zugang 19, Abgang 15, davon durch Tod 10, blieben 5. Andere Gehirnkrankheiten Zugang 4, gestorben 3, blieb 1. Epilepsie Zugang 31, Abgang 29, davon gestorben 1, blieb 1. Trismus 1. Chorea Zugang 3, Abgang 3, davon gestorben 1. Rückenmarkskrankheiten Bestand 2, Zugang 15, Abgang 12, blieben 5. Andere Nervenkrankheiten Bestand 4, Zugang 50, Abgang 49, blieben 5.

St. Jürgen-Asyl: Bestand 186 (90 M. 96 Fr.), aufgenommen 126 (62 M. 64 Fr.), entlassen 93 (47 M. 46 Fr.), gestorben 28 (13 M. 15 Fr.), blieben 191 (92 M. 99 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an paralytischer Seelenstörung 9 (6 M. 3 Fr.), an Alcoholismus 10, nicht-irre 1. Unter 126 frische Fälle 43,7 pCt. Geheilt 28, nicht-irre 4. Es starben an Paralyse 7. Von den frischen Fällen genasen 80,55 pCt., starben 19,45 pCt. 1 starb an Suicid.

Bericht der Privatanstalt zu Rockwinkel pro 1895. 7 S. 8°. (Dir. Dr. *Engelken.*) 131. Jahr des Bestehen.

Bestand 20 (12 M. 8 Fr.), darunter mit Paralyse 2, mit Epilepsie 2, mit Delirium potat. 3. Aufgenommen 19 (12 M. 7 Fr.), darunter mit Paralyse 5 M. Entlassen 11 (5 M. 6 Fr.), geheilt 4 (2 M. 2 Fr.), gebessert 5. Die eine Kranke wurde auf Drängen der Familie vorzeitig nach Hause genommen, aber schon in der ersten Nacht erschoss sich der Mann. Ungebessert entlassen 6. Gestorben 1 Frau an Suicid; „sie machte seit Jahren vielfach spielende Attentate auf ihr Leben und endete durch Misslingen einer solchen Spielerei". Als freiwillige Curgäste waren 3 in der Anstalt.

Bericht der Irrenanstalt zu Lübeck im Jahre 1895/96. 6 S. 4°.

April 1895 Bestand 128 (74 M. 54 Fr.), aufgenommen 38 (19 M. 19 Fr.), entlassen geheilt 5 (1 M. 4 Fr.), gebessert 14 (9 M. 5 Fr.), ungeheilt 7 (3 M. 4 Fr.), gestorben 7 (3 M. 4 Fr.), blieben 133 (77 M. 56 Fr.). An paralytischer Seelenstörung litten 8 (7 M. 1 Fr.), aufgenommen 11 (10 M. 1 Fr.),

gingen ab 10 (9 M. 1 Fr.), starben 4 M. und 1 Fr. Ausgaben 103 985 Mk., pro Kopf und Jahr 293,17 Mk. Areal 5 ha 60 ar.

Bericht der niederösterreich. Landes-Irrenanstalten Wien, Ybbs, Klosterneuburg und Kierling-Gugging, der Landes-Irren-Zweiganstalt in Langenlois pro 1894/95.

Wien: Bestand 876 (476 M. 400 Fr.), aufgenommen 906 (591 M. 315 Fr.), abgegangen geheilt 283 (204 M. 79 Fr.), in andere Anstalten 453 (326 M. 127 Fr.), in die Versorgung, gebessert und ungebessert gegen Revers, entwichen 226 (125 M. 101 Fr.), gestorben 133 (85 M. 48 Fr.), blieben 687 (327 M. 360 Fr.). Im Bestande Anfang 1894 mit paralytischer Geistesstörung 182 (145 M. 37 Fr.), mit Alcoholismus 75 (72 M. 3 Fr.), unter den Aufgenommenen mit Paralyse 161 (132 M. 29 Fr.), mit Alcoholismus 249 (237 M. 12 Fr.). Aus der psychiatrischen Klinik wurden aufgenommen 320 (205 M. 115 Fr.). Von den geheilt Entlassenen litten an angeborenem Schwachsinn 4, an Selbstanklagewahn 10, an Tollheit 6, an Verwirrtheit 35, an primärer Verrücktheit 13, an periodischer Geistesstörung 7, an erworbenem Blödsinn 1, an paralytischer Geistesstörung 5, an Epilepsie 13, an Hysterie 10, an Neurasthenie 4, Geistesstörung mit Heerderkrankung 1, Alcoholismus 164, ohne Geistesstörung 5, in Beobachtung 5. Ihre Krankheitsdauer vor Eintritt in die Anstalt bis 3 Mon. bei 27, bis 6 Mon. bei 13, bis 1 Jahr bei 22, bis 2 Jahre bei 17, länger bei 54. Deren Verpflegungsdauer bis 6 Mon. bei 65, bis 12 Mon. bei 15, bis 2 Jahre bei 29, bis 3 Jahre bei 13, bis 5 Jahre bei 7, über 5 Jahre bei 4. 17 Fälle von Erysipelas. 128 Sectionen. Bei 15 Kranken Zwangsjacke und bei 28 Schutzhandschuhe in chirurgischen Fällen. Ausgänge hatten 479 Pfleglinge mit und 21 ohne Begleitung. Besuche bei den Kranken von 51 963 Personen. Beschäftigt 595 Kranke. Von wissenschaftlichen Mittheilungen Berichte aus dem Laboratorium und 2 Krankengeschichten, ebenso 2 Fälle von transitorischen Psychosen. Gynäkologische Untersuchungen auf der Frauen- und der klinischen Frauenabtheilung.

Langenlois: Bestand 185 (102 M. 83 Fr.), aufgenommen 26 (3 M. 23 Fr.), entlassen geheilt 1 M., in andere Anstalt 2 Fr., sonstig 10 (7 M. 3 Fr.), gestorben 18 (8 M. 10 Fr.), verblieben 180 (89 M. 91 Fr.).

Ybbs: Bestand 461 (224 M. 237 Fr.), aufgenommen 152 (76 M. 76 Fr.), abgegangen geheilt 14 (9 M. 5 Fr.), gegen Revers 12 (5 M. 7 Fr.), in andere Anstalten 3 M., in die Siechenanstalt 14 (6 M. 8 Fr.), in Gemeindeversorgung 33 (17 M. 16 Fr.), Familienpflege 2 (1 M. 1 Fr.), entwichen 1 Fr., gestorben 39 (19 M. 20 Fr.), blieben 495 (240 M. 255 Fr.), während Normalraum für 450 ist. An paralytischer Geistesstörung litten 29 (16 M. 13 Fr.), an Alcoholismus 39 (38 M. 1 Fr.). Heredität war bei den Aufgenommenen in 44 Fällen nachweisbar. Bei den Geheilten Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 6 Mon. bei 10, bis mehr als 2 Jahre bei 4;

deren Verpflegungsdauer bis 6 Mon. bei 4, bis 12 Mon. bei 5, bis 2 Jahre bei 4, über 5 Jahre bei 1. Von Gesichtsrose kamen 5 Fälle in Behandlung. Trional in Dosen von 1,6 wurde 20 Kranken 7 mal und zwar 62 mal mit voller, 6 mal mit theilweiser (2—5 Stunden Schlaf) und 3 mal ohne Wirkung gegeben. Es ist ein ungefährliches Schlafmittel. 13 gerichtsärztliche Commissionen mit Begutachtung von 40 Pfleglingen. Isolirungen bei 48 M., 100 mal an 2367, bei 55 Fr. 305 mal an 1437 Tagen. Zwangsjacke bei 7 Pfleglingen in Dauer von 1—64 Tagen.

Klosterneuburg: Bestand 325 (158 M. 167 Fr.), aufgenommen 284 (243 M. 41 Fr.), entlassen geheilt 11 (9 M. 2 Fr.), in andere Anstalten 13 (11 M. 2 Fr.), sonstig 32 (20 M. 12 Fr.), blieben 503 (322 M. 181 Fr.), bei den Neuaufgenommenen Paral. progr. 71 (69 M. 2 Fr.), Alcoholismus 13 M. Durch Alkoholmissbrauch waren erkrankt 54 M. 3 Fr., daher 20,07 pCt. der Zuwüchse durch Alkohol erkrankt. Bei den Geheilten war die Verpflegungsdauer bei 5 bis 12 Mon., bis 4 Jahre bei 5, bis 5 Jahre bei 1. Krankheitsgeschichte und Sectionsergebnisse bei einem Falle von Pachymeningitis interna haemorrhagica. Isolirt wurden 212 Kranke an 4611 Tagen. 10 Kranke wurden beschränkt. 496 Pfleglinge hatten 4153 Besuche. Freie Ausgänge hatten 10 Kranke an 460 Tagen, 1 täglich und 124 an 1289 Tagen in Begleitung. Die Gerichtscommission untersuchte an 3 Tagen 20 Kranke, wobei 3 gesund erklärt wurden. Vom Pflegepersonale gingen 54 ab. Im Anstaltsgarten wurde ein Epidemiehaus gebaut.

Kierling-Gugging: Anfang 1894 Bestand 404 (234 M. 170 Fr.), aufgenommen 86 (65 M. 21 Fr.), abgegangen geheilt 11 (10 M. 1 Fr.), gegen Revers 10 (7 M. 3 Fr.), in andere Anstalten 45, in Gemeindeversorgung 20 (15 M. 5 Fr.), in Siechenanstalten 17 (6 M. 11 Fr.), entwichen 1 M., gestorben 26 (20 M. 6 Fr.), blieben 360 (195 M. 165 Fr.). Im Bestande waren mit Paral. progr. 22 (14 M. 8 Fr.), kamen zu 8 M., gingen ab 2 M. 2 Fr., starben 15 (13 M. 2 Fr.), blieben 11 (7 M. 4 Fr.). Mit Alcoholismus Bestand 21, zugekommen 10, geheilt 6, entlassen 7, blieben 18.

Krayatsch, zur Bettbehandlung chronisch Geistesgestörter. Bei 42 Kranken angewendet: 2 mit Idiotie, 1 mit Imbecillität, 16 mit Verrücktheit, 4 mit periodischer Geistesstörung, 16 mit secundärer Geistesstörung, 1 mit Hysterie und 2 mit epil. Irresein. Die Bettruhe war für fast $^2/_3$ der vorübergehend aufgeregten Kranken beruhigend, sodass die frühere Separation überflüssig war. 3—4 Kranke im manischen Stadium waren im Bett auf der Wachabtheilung nicht zu erhalten. Bei 12 konnte die Bettruhe ohne Separation nicht durchgeführt werden. Sehr günstig bei denen, die sonst in den Winkeln kauerten, sich gern entkleideten und separirt die Wände beschmierten. 1 Pflegerin ist bei 4 Kranken erforderlich. 1 Fall von Infectionspsychose bei Ehegatten, „Moral Insanity“, Simulation von hystero-epileptischen Anfällen. Von 54 Pflegepersonal gingen 40 ab. 6 mal musste restraint angewendet werden. Von 6 gerichtlichen Commissionen wurden 23 untersucht.

Die Abtheilung für Geistesgestörte im städtischen öffentlichen Spitale zu Mödling hatte Ende 1894 einen Bestand von 58 Pfleglingen, die Idiotenanstalt zu Bruck a. d. Mur einen Bestand am 1. Juli 1895 von 57 Pfleglingen.

Bericht der Landes-Irrenheil- und Pflegeanstalt Feldhof bei Graz nebst Filialen Lankowitz, Kainbach, Hartberg pro 1895. (Dir. Dr. *Sterz.*) Zugleich Bericht der Landes-Irren-Siechenanstalt Schwanberg. (Dir. Arzt Dr. *Buchberg.*)

Feldhof: Zahl der Betten in Feldhof 402, in Lankowitz 125, in Kainbach 108, in Hartberg 35, Bestand 942 (475 M. 467 Fr.), aufgenommen 478 (247 M. 231 Fr.), entlassen geheilt 103 (55 M. 48 Fr.), in andere Anstalten 16 (11 M. 5 Fr.), sonstig 180 (85 M. 95 Fr.), gestorben 156 (88 M. 68 Fr.). blieben 965 (483 M. 482 Fr.), Zahl der Entwichenen 13, wovon nur 1 nicht mehr zur Kenntniss der Direction kam. Die Kranken erhielten 4913 Besuche. Dr. *E. Boeck*, Bericht über einige therapeutische Versuche mit künstlichem Fieber und über einige Fälle günstiger Einwirkung von Erysipel auf Psychosen (Tuberculin-Fälle, Streptokokken-Fälle, Erysipel-Fälle, Phlegmone). Ausgaben 275 017 Mk.

Schwanberg: Bestand 183 (93 M. 90 Fr.), aufgenommen 17 (7 M. 10 F.), entlassen geheilt 1 M., in eine andere Anstalt 1 Fr., gestorben 19 (8 M. 11 Fr.), blieben 179 (91 M. 88 Fr.).

Bericht der oberösterr. Landes-Irrenanstalt Niedernhart pro 1895. 25 S. 4°. (Primararzt Dr. *F. Schnopfhagen.*)

Zahl der Betten 500. Bestand 490 (239 M. 251 Fr.), aufgenommen 203 (104 M. 99 Fr.), entlassen geheilt 40 (14 M. 26 Fr.), in andere Anstalten 68 (45 M. 23 Fr.), sonstig 66 (29 M. 37 Fr.), gestorben 61 (41 M. 20 Fr.). Unter den Kranken waren 78 (57 M. 21 Fr.) Fälle mit Paral. progr., von denen 4 M. in andere Anstalten kamen, 5 (2 M. 3 Fr.), sonstig abgingen und 32 (27 M. 5 Fr.) starben. Ausgaben 154 216 Fl., pro Kopf und Tag 85,6 Kr.

Bericht der Vorarlberger Landes-Irrenanstalt Valduna pro 1895. 22 S. fol. (Dir. Dr. *H. von Hepperger.*)

Bestand 126 (60 M. 66 Fr.), aufgenommen 60 (24 M. 36 Fr.), abgegangen 61 (20 M. 41 Fr.), davon geheilt 19 (8 M. 11 Fr.), in andere Anstalten 9 (1 M. 8 Fr.), sonstig 25 (6 M. 19 Fr.), gestorben 8 (5 M. 3 Fr.), blieben 125 (64 M. 61 Fr.). Mit paralytischer Geistesstörung Bestand Anfangs 4 (3 M. 1 Fr.), gestorben 2 (1 M. 1 Fr.), blieben 4 M. Von den Geheilten Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 9 bis 2 Mon., bei 6 bis 6 Mon., bei 1 mehr als 2 Jahre; Aufenthaltsdauer bis 3 Mon. bei 10, bis 9 Mon.

bis 5, bis 5 Jahre bei 1. Die Anstalt füllt sich mit Unheilbaren und nur 10 pCt. sind heilbar. Unter den Aufgenommenen war die Melancholie mit 14 Fällen am stärksten vertreten und unter diesen waren 11 Fr. u. 3 M. Die Zeit der geschlechtlichen Involution scheint zu gefährden. 2 Fälle von inducirtem Irresein werden erzählt, im ersten Falle von 4 Schwestern, im zweiten von Mann und Frau.

Bericht der Zürcherischen kantonalen Irrenheilanstalt Burghölzli pro 1895. 28 S. 8°. (Dir. Dr. *Forel.*)

Bestand 360 (175 M. 185 Fr.), darunter organische Störung, allgemeine Paralyse etc. 53 (38 M. 15 Fr.), Intoxicationspsychose 20 (14 M. 6 Fr.), aufgenommen 219 (122 M. 97 Fr.), darunter organische Störung 35 (21 M. 14 Fr.), Intoxication 42 (33 M. 9 Fr.), entlassen genesen 48 (26 M. 22 Fr.), darunter mit Intoxication 22, gebessert 60 (34 M. 26 Fr.), darunter mit org. Stör. 4 (2 M. 2 Fr.), mit Intox. 15, ungebessert 62 (31 M. 31 Fr.), gestorben 43 (27 M. 16 Fr.), darunter mit org. Stör. 22 (14 M. 8 Fr.), mit Intox. 3 M., blieben 364 (178 M. 186 Fr.), darunter mit org. Stör. 52 (37 M. 15 Fr.), mit Intox. 18 (14 M. 4 Fr.). Bei den Genesenen Krankheitsdauer vor der Aufnahme: bis 1 Mon. bei 26, bis 6 Mon. bei 7, bis 12 Mon. bei 2, bis 2 Jahre bei 4, bis 5 Jahre bei 5, über 5 Jahre bei 4; Behandlungsdauer bis 1 Monat bei 13, bis 3 Mon. bei 17, bis 6 Mon. bei 10, bis 12 Mon. bei 5, bis 2 Jahre bei 3. Ursachen: Schädeltrauma bei 4, Lues bei 16, Alkohol bei 44, Morphium bei 4. Todesursache: allgemeine Tuberculose bei 9. Wegen Platzmangel mussten 92 Aufnahmegesuche abgelehnt werden. Ausgehen konnten 28, innerhalb des Parkes 80, innerhalb der Höfe 56. Restraint bei 9 Kranken von $2^1/_2$ Stunden bis 50 Tagen. 6752 Recepte. Am 1. Juli 25 jähriges Jubiläum der Anstalt. Ausgaben 389 200 Mk.

Bericht der Pflegeanstalt Rheinau, Kanton Zürch, pro 1895. 32 S. 8°. (Dir. Dr. *Bleuler.*)

Bestand 676 (305 M. 371 Fr.), aufgenommen 60 (35 M. 25 Fr.), entlassen 32 (13 M. 19 Fr.), gestorben 32 (15 M. 17 Fr.), blieben 682 (312 M. 370 Fr.). Entlassen gebessert 5 Fr., ungebessert 15 (12 M. 3 Fr.), geistig gesund 1 M. u. 1 Fr. Die Anstalt genügt nicht den gestellten Anforderungen, ist überfüllt. 9 Fälle von Typhus, 3 tödtlich. Die Verwandten von vielleicht 200 Kranken warten sehnsüchtig auf Aufnahme ihrer Angehörigen. Auf der Frauenabtheilung, wo die Gewaltthätigsten sind, wurden die Misshandlungen aufgeschrieben, welche die Kranken einander zufügten. Es stellte sich heraus, dass jede Kranke im Durchschnitt alle 3 Tage einmal geschlagen wird, „das sind nur die constatirten Prügel“. Freien Ausgang hatten 125 M. u. 96 Fr. 34 M. sind bei der Arbeit ohne Ueberwachung. Es arbeiteten 78 pCt. Beständig unreinlich 17 M. u. 14 Fr.

Jede Nacht nässen ca. 25 M. das Bett, früher nur 6. Bei einem Bestande von 51 Wartpersonal traten 43 aus, 11 Wärter mussten fortgeschickt werden, ebenso 5 Wärterinnen. Das Gut hat 115 ha. Auslagen pro 1895 346 225 Mk.

Bericht der Irrenanstalt Basel pro 1895. 74 S. 8°. (Dir. Dr. *Wille.*)

Bestand 278 (118 M. 160 Fr.), darunter Paralytische 22 (16 M. 6 Fr.), aufgenommen 202 (108 M. 94 Fr.), darunter Paralytische 11 M., Alkoholische 31, entlassen geheilt 37 (19 M. 18 Fr.), gebessert 79 (42 M. 37 Fr.), ungebessert 87 (41 M. 46 Fr.), gestorben 32 (20 M. 12 Fr.), nicht-irre 4 (3 M. 1 Fr.), blieben 241 (101 M. 140 Fr.). Behandlungsdauer der Genesenen bis 6 Mon. bei 36, bis 12 Mon. bei 1. An Tuberculose starben 5. Gebaut 2 Wohnungen für Assistenten, 2 geräumige Laboratorien, ein klinischer Hörsaal und ein Bibliothekzimmer. 37 Wärter und 20 Wärterinnen traten aus. Zur forensen Untersuchung wurden 12 gebracht. Ausgaben 204961 Fr. Zwangsernährung kam bei 2 M. 5mal, bei 5 Fr. 63mal vor.

Dr. *Meine*, Psychosen bei Herzklappenfehlern. 5 Fälle, wo Geisteskrankheit direct durch organische Herzfehler entstanden waren.

Dr. *H. Wille*, Zur Opium-Brom-Behandlung bei Epilepsie. Der Erfolg befriedigte nicht.

Jahresbericht der beiden bernischen kantonalen Irrenanstalten Waldau und Münsingen für 1895. 77 S. 8°. (Dir. Dr. *v. Speyr* und Dr. *Glaser.*)

Waldau: Bestand Anfangs 1895 435 (209 M. 226 Fr.), aufgenommen 166 (86 M. 80 Fr.), entlassen als nicht-irre 2 (1 M. 1 Fr.), genesen 13 (4 M. 9 Fr.), gebessert 68 (37 M. 31 Fr.), ungebessert 82 (30 M. 52 Fr.), gestorben 27 (15 M. 12 Fr.), blieben 408 (208 M. 200 Fr.). 50 Kranke gingen in die neue Anstalt Münsingen über. Zur gerichtlichen Begutachtung wurden 7 M. u. 2 Fr. überwiesen. 15 M. u. 2 Fr. entwichen, theils durch zu grosses Vertrauen, theils in Folge der schlechten Schlösser, theils durch Unachtsamkeit der Wärter. 1 Kranker entwich nach Hause, blieb eine Probezeit dort, wollte dann nach der Waldau zurück, wurde von den Angehörigen zurückgehalten, übergoss den Kopf mit Petroleum, zündete es an und musste nun entsetzlich zugerichtet wieder nach der Waldau gebracht werden. Von den Verstorbenen ist 1 Kranker seit 1856 verpflegt worden, 1 starb durch Suicid. Verschiedene Wünsche für Reparaturen im alternden Waldau werden ausgesprochen, deren Erfüllung allerdings nothwendig ist. 191½ Jucharte werden bewirthschaftet. Kosten: 331875 Fr., pro Kopf und Jahr 759 Fr.

Münsingen: Aufnahme 516 (239 M. 277 Fr.), entlassen nicht-irre 2 (1 M. 1 Fr.), geheilt 8 (3 M. 5 Fr.), gebessert 46 (22 M. 24 Fr.), ungebessert 20 (14 M. 6 Fr.), gestorben 13 (5 M. 8 Fr.), blieben 427 (194 M. 233 Fr.).

An progressiver Paralyse litten 20 (15 M. 5 Fr.), an Alcoholismus 29. Zur gerichtsärztlichen Begutachtung kamen 7, kurz angeführt. Heredität nachweisbar bei 60,3 pCt. Von den Genesenen waren nachweisbar erblich belastet 75 pCt. Die Krankheitsdauer war bei den Genesenen (Krankheitszeit vor der Aufnahme mitgerechnet) bei Manie 7, 10, 24 Monate, bei Melancholie 5 Wochen, 3½, 4, 5 und 14½ Monate, bei acutem Wahnsinn 2 Monate. 22 Entweichungen, meist in Folge mangelhafter Aufsicht.

Ankauf der Schlossdomäne Münsingen 1877. Die Anstalt besteht jetzt aus einem Centralbau, einem Gebäude mit breiter nach SO. gerichteter Hauptfront und 2 zurückspringenden Flügeln und aus 6 Einzelpavillons für Pensionäre, halbruhige und unruhige Kranke. Die Centralanstalt fasst 470 Kranke. Jede Abtheilung hat einen Ziergarten mit Pavillon und laufenden Brunnen. Die Abortstoffe werden in den Mühlenbach geleitet, nachdem sie einen in den Schwemmkanal gelegten grossen Sammler passirt haben. Heizung Niederdruck-Dampferzeuger. Die Abtheilung der Unreinen und Unruhigen haben eine künstliche Ventilation durch Windflügel. Beleuchtung durch Gasöl. Landwirthschaftlicher Betrieb durch 217 Jucharte mit Oeconomiegebäude. Am 23. März kamen die ersten Kranken. Ende des Jahres 55 Wartpersonen auf 427 Kranke. Wunsch nach Vergitterung auf der Abtheilung für gemeingefährliche Kranke statt des dicken Fensterglases. Bodenheizung in den Zellen bedarf sorgfältiger Controle, damit der Boden nicht zu heiss wird. Die Zellenwände müssen glatt verputzt werden. Wasser reicht nicht aus. Esstische besser ohne Wachstuchüberzug. Kosten 249 402 Fr., pro Tag und Kopf 2,65 Fr.

Bericht der Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden (Aargau) pro 1895. 30 S. 8°. (Dir. Dr. *Weibel.*)

Bestand 577 (249 M. 328 Fr.), aufgenommen 199 (118 M. 81 Fr.), entlassen geheilt 43 (28 M. 15 Fr.), gebessert 59 (37 M. 22 Fr.), unverändert 7 (3 M. 4 Fr.), gestorben 69 (42 M. 27 Fr.), blieben 598 (257 M. 341 Fr.). Von Paral. senil. Bestand 43 (27 M. 16 Fr.), davon geheilt 1 M., gebessert 2 M., entlassen ungeheilt 1, gestorben 39 (26 M. 13 Fr.), blieben 43 (23 M. 20 Fr.). Bei den Aufgenommenen Erblichkeit bei 106. Bei den Genesenen Krankheitsdauer vor der Aufnahme in 35 Fällen bis 6 Mon., in 1 Falle bis 2, in 1 Falle über 2 Jahre; Aufenthaltsdauer bis 6 Mon. bei 36, bis 12 Mon. bei 5, bis 2 Jahre bei 2. Isolirungen bei Tag 2425 (823 M. 1602 Fr.), bei Nacht 4444 (1815 M. 2629 Fr.). Künstliche Ernährung bei 19 M. u. 31 Fr. Ausgaben 346 842 Fr. Neubauten noch nicht benutzbar. 42 pCt. sind durch Alkohol der Irrenanstalt zugeführt. Zur Arbeit verwendbar 30,7 pCt. der Männer und 25 pCt. der Frauen.

Bericht der kantonalen Irrenanstalt St. Urban 1894 und 1895. 20 S. 4°.

Bestand Anfang 1894 394 (196 M. 198 Fr.), aufgenommen 157 (93 M. 64 Fr.), entlassen geheilt 46 (24 M. 22 Fr.), gebessert 34 (20 M. 14 Fr.), ungebessert 42 (25 M. 17 Fr.), gestorben 29 (17 M. 12 Fr.), blieben 400 (203 M. 197 Fr.).

1895 aufgenommen 159 (90 M. 69 Fr.), entlassen geheilt 24 (12 M. 12 Fr.), gebessert 49 (27 M. 22 Fr.), ungebessert 76 (46 M. 30 Fr.), nichtirre 2 M., gestorben 24 (16 M. 8 Fr.), blieben 384 (190 M. 194 Fr.).

Von paral. sen. organ. Formen war 1894 Bestand 23 (17 M. 6 Fr.), dazu aufgenommen 20 (18 M. 2 Fr.), davon genesen 1 M., entlassen gebessert 3 M., ungebessert 9 (8 M. 1. Fr.), gestorben 15 (11 M. 4 Fr.), blieben 19 (16 M. 3 Fr.). Hierzu kamen 1895 18 (12 M. 6 Fr.), davon geheilt 1 M., entlassen gebessert 1 M., ungebessert 2 M., gestorben 11 (9 M. 2 Fr.), blieben 16 (11 M. 5 Fr.).

1894 Bestand an Intoxicationswahn 22 (14 M. 8 Fr.), aufgenommen 12 (10 M. 2 Fr.), entlassen geheilt 8 (7 M. 1 Fr.), gebessert 4 M., ungebessert 1 M., blieben 21 (12 M. 9 Fr.). 1895 Bestand 23, aufgenommen 22, genesen 4, entlassen gebessert 7, ungebessert 8, blieben 22. 1894 Ursache bei den Aufgenommenen 19mal Alkohol, 1895 37mal. 1894 Influenza, 11mal Gesichtsrose, 4mal Typhus. Ausgaben 1895 249 847 Frcs. Aufführung der Kosten der anderen schweizerischen Anstalten.

38. Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt St. Pirminsberg pro 1895. 20 S. 8°. (Dir. Dr. *Laufer*.)

Bestand 249 (119 M. 130 Fr.), aufgenommen 69 (37 M. 32 Fr), Abgang: genesen 20 (7 M. 13 Fr.), gebessert 29 (19 M. 10 Fr.), ungebessert 9 (4 M. 5 Fr.), gestorben 11 (4 M. 7 Fr.), blieben 249 (122 M. 127 Fr.). Vererbung bei den ersten Aufnahmen 33. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei den Genesenen bis 6 Mon. bei 15, bis 12 Mon. bei 2, bis 2 Jahre bei 3, mit Erblichkeit bei 16; Behandlungsdauer bis 6 Mon. bei 9, bis 12 Mon. bei 6, bis 2 Jahre bei 4, bis 5 Jahre bei 1. Nächste Ursache der Erkrankung bei Aufnahme: Alkohol bei 10, Unglückliche Liebe bei 3, Syphilis bei 2, Influenza bei 1. Todesursache 2mal Lungentuberculose. Bestand von paral. sen.-organ. Gruppe 12 (8 M. 4 Fr.), aufgenommen 5 (4 M. 1 Fr.), entlassen gebessert 2 Fr., gestorben 4 (2 M. 2 Fr.), blieben 11 (10 M. 1 Fr.), Auf alkohol. Grundlage Bestand 14, aufgenommen 8, entlassen gebessert 1, gestorben 2, blieben 18. Ausgaben 171 823 Frcs., pro Kopf und Tag 1,89 Frcs.

Aufnahmegesuche 143, von denen nur 65 Fälle bejaht werden konnten. Die Ueberfüllung ist gross. Bei 2 mel. Fr. Sondenernährung 3 Tage, resp. 1/4 Jahr, letztere genas. Zwangsmittel und Isolirung konnten vermieden werden, prolongirte Bäder bei Aufregung nützlich. Nichts befriedigt und beruhigt mehr als Beschäftigung. 16 Kranke in der Sommercolonie, mit befriedigenden Resultaten, am günstigsten bei Reconvalescenten nach

schweren Psychosen und bei leichten Melancholien. 18 vom Wartpersonal traten aus bei einem Bestande von 33.

4. Bericht des kantonalen Asyles in Wil von 1895. 36 S. 8°. (Dir. Dr. *H. Schiller.*)

Bestand 340 (167 M. 173 Fr.), aufgenommen 140 (71 M. 69 Fr.), entlassen geheilt 4 M., gebessert 10 (6 M. 4 Fr.), ungebessert 26 (16 M. 10 Fr.), gestorben 58 (20 M. 38 Fr.), blieben 382 (192 M. 190 Fr.). Darunter paral. sen. organ. Psychosen Bestand 39 (19 M. 20 Fr.), Aufnahme 36 (14 M. 22 Fr.), entlassen gebessert 4 (2 M. 2 Fr.), ungebessert 3 (1 M. 2 Fr.), gestorben 27 (10 M. 17 Fr.), blieben 41 (19 M. 22 Fr.). Ebenso Alkoholiker Bestand 15, aufgenommen 23, entlassen geheilt 1 M., gebessert 2 M., ungebessert 2 M., blieben 17. Unter den Aufgenommenen Erblichkeit bei 76. Tod durch Tuberculose bei 6. Ausgabe 213 614 Frcs.

Ueberfüllung, Expectantenliste. Die Behörde hat nun bestimmt, dass die Zahl der Kranken 290 nicht übersteigen dürfe. 290 Aufnahmegesuche liefen ein, keinem einzigen konnte sofort entsprochen werden. Die Zellen mussten sogar vierfach besetzt werden. Ueber geisteskranke Verbrecher und verbrecherische Geisteskranke. Prolongirte Bäder bei Aufregung empfohlen. Das Asyl hat eine ganze Anzahl alter Alkoholiker, die in Folge ihrer moralischen Depravation sich nur schwer an die Hausordnung gewöhnen können.

Bericht der Heil- und Pflegeanstalt Rosegg, Kanton Solothurn, pro 1895. 16 S. 8°. (Dir. Dr. *L. Greppin.*)

Bestand 269 (143 M. 126 Fr.), aufgenommen 95 (64 M. 31 Fr.), entlassen 73 (38 M. 35 Fr.), gestorben 26 (20 M. 6 Fr.). Unter den Aufgenommenen mit Paralyse 5 (4 M. 1 Fr.), Alkoholische 17 (15 M. 2. Fr.); erblich belastet 47 (33 M. 14 Fr.), Erkrankungsdauer bis 4 Wochen bei 15, bis 6 Mon. bei 16, bis 12 Mon. bei 3, bis 2 Jahre bei 8, bis 5 Jahre bei 12, über 5 Jahre bei 21. Behandlungsdauer bis 6 Mon. bei 12, bis 12 Mon. bei 3, bis 2 Jahre bei 2. - Vom Bestande Ende 1895 litten von Geburt an 23, an einfacher Geistesstörung 159, an constitutioneller 12, an Hypochondrie 3, an Hysterie 5, an Epilepsie 20, an organischer 5, an paralytischer 4, an seniler 17, an alkoholistischer 17, 52 pCt. arbeiteten. Zur Beobachtung traten 12 ein. 7 mussten mit der Sonde ernährt werden.

4. Bericht der kantonalen Irren- und Krankenanstalt Waldhaus, Chur. (Dir. Dr. *J. Jörger.*)

Bestand 182 (85 M. 97 Fr.), aufgenommen 152 (66 M. 86 Fr.), Abgang genesen 33 (13 M. 20 Fr.), gebessert 41 (20 M. 21 Fr.), ungebessert 29 (9 M. 20 Fr.), gestorben 30 (9 M. 21 Fr.), blieben 201 (100 M. 101 Fr.). Erblichkeit der Aufgenommenen bei 82. Bei den Genesenen Krankheitsdauer vor

der Aufnahme: bis 3 Monate bei 26, bis 8 Mon. bei 7; Behandlungsdauer bis 6 Mon. bei 26, bis 2 Jahre bei 7. Krankheitsursache bei 8 Syphilis, bei 29 Alkohol. Statt 188 Plätze Belegraum waren im December 205 Kranke da. 7 Fluchtversuche. Ausgabe 152 986 Frcs.

Andel, H. van, **Overzicht der Beweging in the Nederlandsche Krankzinnigen-Gestichten gedurende het Jahr 1895. Ned. Tijdschr. voor Geneesk., Jaarg. 1896, 2de deel.**

In den 21 Irrenanstalten Hollands war Bestand Anfang 1895 6910 (3469 M. 3441 Fr.). Aufgenommen 1557 (813 M. 744 Fr.), geheilt 562 (267 M. 295 Fr.) = 36 pCt., entlassen ungeheilt 156 (97 M. 59 Fr.), gestorben 663 (374 M. 289 Fr.) = 7,8 pCt. Bestand Anfang 1896 7086 (3544 M. 3542 Fr.).

Meerenberg (Provinz Nordholland), Bericht über das Jahr 1895 erstattet vom Dir. Dr. *J. van Deventer.*

Die in den letzten Jahren stark erweiterte Anstalt hatte im Berichtsjahr einen durchschnittlichen Bestand von 1310 Kranken. An regelmässig angestelltem unterem Warte- und Dienstpersonal besass sie 291 Leute.

Krankenbewegung

	M.	Fr.	zus.
Bestand 1. Januar 95	647	665	1312
Aufgenommen	139	102	241
Summa	786	767	1553
Abgang	139	101	240
Bestand Ende 1895	647	666	1313

Abgang

geheilt		gebessert		nicht gebessert		gestorben	
M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
30	48	9	5	15	6	85	42
78		14		21		127	

Die Zahl der sogenannten frischen Fälle unter den Aufgenommenen (mit einer Krankheitsdauer von unter 3 Monaten) ist in den letzten 10 Jahren gewachsen und zwar von 22 auf 33 pCt.

Die Trunksucht als Krankheitsursache ergab sich unter den 241 Aufgenommenen bei 52 M. und 10 Fr., ausserdem waren die Eltern trunksüchtig bei 5 M. und 7 Fr.

Der Bericht enthält eine grosse Zahl casuistischer Mittheilungen. Erwähnt sei daraus, dass 8 Spätheilungen vorkamen und zwar nach einem Anstaltsaufenthalt von 4 bis 10 Jahren und länger. Eine Melancholica genass binnen Kurzem nach Suggestionsbehandlung. In 2 Fällen wurden Narben excidirt, das eine Mal mit geringem, das andre Mal mit gutem Erfolg.

Aus den zahlreich mitgetheilten Sectionsergebnissen sei der Fall eines Idioten mit hydrocephalem Schädel, aber ohne Hydrocephalus, erwähnt, welcher ein Hirngewicht von 2850 g hatte. Ich hielt diese Angabe für irrthümlich; (das höchste Hirngewicht bei Gesunden fand *R. Wagner* mit 1911 g) Herr College *van Deventer* bestätigte aber auf meine Anfrage die Richtigkeit der Mittheilung.

Die Zahl der arbeitenden Kranken stellte sich in Meerenberg folgendermaassen:

von im Ganzen 647 M. u. 666 Fr. beschäftigten sich auf verschiedene Weise

29. März	328 M.	395 Fr.
29. Juni	325 -	397 -
28. Sept.	324 -	370 -
28. Dec.	342 -	335 -

F. Schäfer.

Familienpflege in Russland. Rundsch. f. Psychiatrie. 1896 No. 5.

Auf den Gütern (Dörfern) des Dr. Schtschehinin im Ekaterinoslaw'schen Gouvernement wurde der Versuch der Familienpflege Geisteskranker praktisch durchgeführt und von oben genanntem Arzte ein Bericht ertheilt, dem ich folgendes aus No. 5 der Rundschau für Psychiatrie etc. entnehme.

In sehr kurzer Zeit trat es klar zu Tage, wie wenig die Familienpflege der Bauern selbst den geringsten Anforderungen der heutigen Psychiatrie entspricht. Die materielle Lage der Kranken in den Dörfern ist ungenügend und abnorm, die Hoffnung, die Kranken an eine geregelte Arbeit zu gewöhnen, hat sich nicht bewährt, da von der allgemeinen Zahl der Kranken kaum 22 pCt. sich wirklich mit Arbeit beschäftigten; der grösste Theil der der Familienpflege übergebenen Kranken zeigte in psychischer und physischer Beziehung einen Rückschritt, viele der Pfleglinge hatten ihre Pfleger verlassen und waren wieder in die Irrenanstalt zurückgekehrt oder weiss Gott wohin gegangen. Im Jahre 1894 wurden 163 Personen zur Verpflegung in Dörfer abgegeben, von denen 126 der Anstalt wieder zurückgegeben wurden.

Die arbeitsfähigen Kranken wurden aber übermässig ausgenützt. Die ganze Grundlage der familiären Verpflegung hat einen commerciellen Charakter, da die Semstwo für jeden Kranken ein monatliches Kostgeld zahlt: wohlhabende Bauern nehmen Kranke überhaupt nicht bei sich auf, und so kommen die Kranken in die Hände fast ausschliesslich armer Leute. Andererseits aber wirken die Geisteskranken und Idioten schädlich, verderblich auf die Kinder der Dorfbewohner. Eine einigermaassen ernste und ununterbrochene Controle der Pfleger ist undenkbar, da die Pfleglinge zu zerstreut in den Dörfern wohnen und daher, nur temporär, zufällig controlirt werden können, und ausserdem ist auch keine Aufsicht im Stande Einfluss auf Gewohnheiten und Gebräuche der Massen auszuüben und weder

die antihygienischen Wohnungen noch die rohen Sitten und grobe Unwissenheit können beseitigt werden.

Hier scheint denn die familiale Pflege Geisteskranker fiasco gemacht zu haben und zugleich den Beweis geliefert, dass ein zweites Gheel auf Wunsch und Verlangen nicht wieder geschaffen werden kann.

A. v. Rothe.

Zur Irrenpflege unter der Leitung der Semstwo-Landesverwaltung des St. Petersburger Gouvernements. Rundschau der Psychiatrie etc. H. 3.

Mit dem Beginne der selbstständigen Thätigkeit der Petersburger Semstwo besass dieselbe keine Anstalt zur Aufnahme von Irren, und kümmerte sich auch bis zu dem Jahre 1879 nur sehr wenig um die Irrenpflege. Im Jahre 1879 wurde auf einer Versammlung beschlossen 3000 Rubel jährlich zum Unterhalte und Pflege einer gewissen Anzahl Kranker in den städtischen Anstalten auszusetzen. Die Semstwo hatte somit 3 Plätze für sich in der städtischen Anstalt. Aber schon 1881 musste diese Summe auf 5000 Rubel erhöht werden, wofür der Semstwo das Recht ward, 10 Kranke in der Anstalt des heil. Nicolaus unterzubringen. Als im Jahre 1885 die letztgenannte Anstalt unter städtische Verwaltung kam und die frühere städtische Pflegeanstalt geschlossen wurde, kamen alle Kranken der Semstwo in die Anstalt des heil. Nicolaus. Am 18. Juni 1887 erfolgte der Allerhöchste Erlass, der Petersburger Semstwo 25 Betten in der Irrenanstalt „Aller Leidtragenden“ zur Verfügung zu stellen. Im Jahre 1891 wurde auf Betreiben der Aerzte der Semstwo die Zahl der Krankenplätze auf 50 erhöht, und schon im Jahre 1893 auf 60. Am 1. Januar 1896 wurde der Kontrakt der Semstwo mit der Anstalt auf weitere 3 Jahre erneuert und die Zahl der unterzubringenden Kranken auf 70 festgestellt. Aber schon Mitte Februar laufenden Jahres waren diese Plätze alle besetzt und die Semstwo ertheilte weitere 3600 Rubel um 10 neue Patienten aufzunehmen und weitere 5 Reserveplätze an der Anstalt zur Verfügung zu haben. Auf diese Weise war die Zahl der im Jahre 1879 von der Semstwo verpflegten Kranken von 5 bis zu 79 gestiegen; wobei noch besonders hervorgehoben werden muss, dass auch augenblicklich nur eine geringe Anzahl der wirklichen Irren des Gouvernements, und zwar die am meisten gemeingefährlichen aufgenommen und verpflegt werden. Am 1. Januar 1896 befanden sich in der Hauptverwaltung der Semstwo, 116 Bittschriften aus den verschiedenen Bezirken des Gouvernements um Aufnahme für ihre Kranken, welche nicht berücksichtigt werden konnten. Welcher Art die Pflege und Aufsicht der Kranken in den Dörfern ist, erhellt aus einem Berichte der Aerzte, welche eine Irrenzählung im Jahre 1895 durchgeführt hatten: 18 Personen wurden an Ketten gefunden, 136 gebunden, eingesperrt mit Zeichen von Misshandlungen, 65 sich frei herumtreibend und

bettelnd, 16 wurden besonders bewacht und 362 befanden sich ohne hinlängliche Aufsicht, — mithin 581 Geisteskranke, von denen fast die Hälfte ohne entsprechende Beaufsichtigung mit den Gesunden verkehrten und lebten. Schon im Jahre 1894 trug sich die Semstwo mit dem Gedanken für ihre Kranken eine eigene Anstalt mit wenigstens 200 Betten zu errichten, und es wurden von den Bezirksärzten, den Gemeindeverwaltungen und der Geistlichkeit Nachforschungen über die wirkliche Zahl der Irren angestellt; auf Grund der erhaltenen Zahlen wurde im Jahre 1895 von 11 Irrenärzten eine Irrenzählung in dem ganzen Gouvernement durchgeführt.

Aber auch diese Irrenzählung befriedigt nicht vollkommen und giebt kein vollständiges Bild von der Zahl der Irren und der Grösse der zu errichtenden neuen Anstalt des Semstwo, da das gegebene Material überwiegend nur die unruhigen und unreinen berücksichtigte, ja die ganze Zählung nicht systematisch und in überstürzter Weise durchgeführt wurde.

Die Zahl der Landbewohner (Bauern) des Petersburger Gouvernements beträgt 601643 Einw., mithin 1 Irrer auf 416 Gesunde. Den höchsten Procentsatz fand man unter den Unverheiratheten 58,5 pCt., der Form nach angeborener Schwachsinn 40,47 pCt., der Nationalität nach Russen 72 pCt., Finnen 26,2 pCt., Deutsche 1,5 pCt. Frische Erkrankung wurde in 88 Fällen constatirt.

Was nun den projectirten Bau der neuen Irrenanstalt des Petersburger Semstwo anbelangt, so müsste derselbe, um den Anforderungen wirklich zu genügen, wenigstens 600 Kranke aufnehmen können, da aber die Geldmittel nicht ausreichen, so wurde beschlossen, fürs erste nur für 300 Personen zu bauen, was gegen 500 000 Rubel kosten würde, jedoch mit dem Vorbehalt, dieselbe nach Bedarf zu erweitern. Die Gouvernements-Verwaltung des Semstwo beschloss, den Staat zu ersuchen, auf Staatskosten eine Anstalt für mehrere Gouvernements, in der Nähe der Residenzstadt zu errichten, ausschliesslich nur für Landleute (Bauern), Nichtbauern aber nur dann aufzunehmen, wenn freie Plätze wirklich vorhanden sind.

A. v. Rothe.

7. Report of State commission in Lunacy of New-York. 1. Oct. 1894—95. 877 pp. New-York. 1896. 8°.

Utica State Hospital: Bestand 1. Oct. 1894 999 (487 M. 512 Fr.), aufgenommen 394 (260 M. 134 Fr.), entlassen 401 (277 M. 124 Fr.), davon geheilt 94, gebessert 42, ungebessert 162, nicht-irre 5, gestorben 98. Es blieben 992 (470 M. 522 Fr.). Terrain 225 Acres, unter Cultur 125, Normalzahl 970. Eröffnung 1843. Beschäftigt 57,58 pCt.

Willard State Hospital: Bestand 2165 (1015 M. 1150 Fr.), aufgenommen 348 (153 M. 195 Fr.), entlassen geheilt 61 (26 M. 35 Fr.), nicht geheilt 108 (45 M. 63 Fr.), gestorben 143 (69 M. 74 Fr.), blieben 2201

(1028 M. 1173 Fr.), Capacität 2100. Grösse des Terrains 1107 Acres, unter Cultur 750 Acres. Beschäftigt 48 pCt. Eröffnung 1869.

Middletown State Homeopathic Hospital: Bestand 1047 (520 M. 527 Fr.), aufgenommen 278 (146 M. 132 Fr.), entlassen geheilt 106 (48 M. 58 Fr.), nicht geheilt 20 (12 M. 8 Fr.), nicht-irre 2 (1 M. 1 Fr.), gestorben 82 (51 M. 31 Fr.), blieben 1115 (554 M. 561 Fr.). Capacität 1010. Eröffnung 1874. Terrain 281 Acres, in Cultur 210.

Hudson River State Hospital: Bestand 1429 (748 M. 681 Fr.), aufgenommen 564 (294 M. 270 Fr.), geheilt 121, ungeheilt entlassen 214, gestorben 149, blieben 1507 (771 M. 736 Fr.). Eröffnung 1871. Terrain 704 Acres, unter Cultur 600. Capacität 1400.

Buffalo State Hospital: Bestand 724 (367 M. 357 Fr.), aufgenommen 436 (217 M. 219 Fr.), entlassen geheilt 102, gebessert 81, ungebessert 24, gestorben 73, inebriates 31, blieben 869 (416 M. 453 Fr.). Eröffnung 1880. Terrain 183 Acres, in Cultur 90. Capacität 750.

Binghamton State Hospital: Bestand 1219 (547 M. 672 Fr.), aufgenommen 218 (118 M. 100 Fr.), entlassen 211 (111 M. 100 Fr.), davon geheilt 61 (33 M. 28 Fr.), gebessert 42, ungebessert 26 und gestorben 82, blieben 1226 (554 M. 672 Fr.). Eröffnung 1881. Terrain 1057 Acres, davon in Cultur 407. Capacität 1187.

Lawrence State Hospital: Bestand 1100 (508 M. 592 Fr.), aufgenommen 449 (293 M. 156 Fr.), entlassen geheilt 69, ungeheilt 94, nichtirre 5, gestorben 128, blieben 1253 (631 M. 622 Fr.). Eröffnung 1890. Terrain 993 Acres, unter Cultur 407. Capacität 1265.

Rochester State Hospital: Bestand 435 (213 M. 222 Fr.), aufgenommen 196 (91 M. 105 Fr.), entlassen 151, davon geheilt 30, gestorben 55, blieben 479 (236 M. 243 Fr.). Eröffnung 1891. Terrain 35 Acres, davon in Cultur 95. Capacität 450.

Mattcawan State Hospital: Bestand 453 (416 M. 37 Fr.), aufgenommen 146 (140 M. 6 Fr.), entlassen geheilt 47, gebessert 10, ungeheilt 7, gestorben 19, blieben 514 (477 M. 37 Fr.). Eröffnung 1859. Terrain 245 Acres, in Cultur 95. Capacität 550.

Das Willard State Hospital war ursprünglich für chronische und unheilbare Fälle bestimmt, und es musste daher ein Haus für 25 acute Fälle mit 25 000 Doll. gebaut werden. Im Hudson River Hospital electrische Beleuchtung mit 13 050 Doll. In Middletown 2 Gebäude für je 100 Kranke mit je 55 000 Doll. In Utica kostet der Kranke jährlich 199,82 Doll., in Willard 147,42, in Hudson River 204,80, in Middletown 195,312, in Buffalo 183,56, in Binghamton 186, in St. Lawrence 219,85, in Rochester 233,44, in Mattcawan 208,96 Doll.

Restraint wurde angewendet in Willard bei 4 M. u. 14 Fr. 54mal, in Hudson River in 4—5 Fällen das ganze Jahr, in Middletown, Buffalo, Binghampton, St. Lawrence sehr wenig, in Rochester das Jahr über in

23, in Mattcawan 1—2mal. Detaillirte Berechnung der Zahl der Aerzte und des Personals zur Zahl der Kranken und die Kosten dafür.

II. In „New-York City Asylum“ Bestand 1. October 1894 6395 (3010 M. 3385 Fr.), aufgenommen 1757 (850 M. 907 Fr.), entlassen 710 (336 M. 344 Fr.), davon geheilt 145 (64 M. 81 Fr.), gebessert entlassen 442 (273 M. 169 Fr.), ungebessert 123 (29 M. 94 Fr.), gestorben 636 (328 M. 308 Fr.)

In „Kings County Lunatic Asylum“ war Bestand 2303 (1008 M. 1295 Fr.), aufgenommen 515 (258 M. 257 Fr.), entlassen geheilt 85 (42 M. 43 Fr.), gebessert und ungebessert 106 (48 M. 58 Fr.), gestorben 220 (108 M. 112 Fr.)

III. Privatanstalten. In „Bloomingdale Asylum“ unter Dir. Dr. *Sam. B.* Lyon war Bestand 1. Oct. 1894 293 (137 M. 156 Fr.), aufgenommen 144 (72 M. 72 Fr.), entlassen geheilt 43 (19 M. 24 Fr.), ungeheilt 57 (26 M. 31 Fr.), gestorben 27 (19 M. 8 Fr.), blieben 210 (145 M. 165 Fr.). Capacität 400 Betten.

Providence retreat unter Dr. *A. Wood* war Bestand 1. Oct. 1895 112 (33 M. 79 Fr.), aufgenommen 62 (29 M. 33 Fr.), entlassen geheilt 26 (12 M. 14 Fr.), nicht-irre 1 M., gestorben 6 (4 M. 2 Fr.).

Marshall Infirmary mit 60 Betten, Bestand 41, aufgenommen 53, entlassen geheilt 2, ungeheilt 32, gestorben 6, nicht-irre 7.

Long Island Home mit 114 Betten, am 30. Sept. 1895 96 Kranke, aufgenommen 65, entlassen geheilt 11, ungeheilt 41, gestorben 15.

Brigham Hall Hospital: Bestand Oct. 1894 58 (27 M. 31 Fr.), aufgenommen 28 (15 M. 13 Fr.), entlassen geheilt 5 (1 M. 4 Fr.), gebessert 18 (8 M. 10 Fr.), ungeheilt 8 (6 M. 2 Fr.), gestorben 4 (2 M. 2 Fr.), blieben 53 (27 M. 26 Fr.).

St. Vincent's Retreat: Bestand 59, aufgenommen 28, entlassen geheilt 7, gebessert 9, ungeheilt 6, gestorben 2.

Waldemere unter Dr. *M. Carpenter* hatte Bestand 14, nahm auf 5, entliess 7, starben 2.

Lanford Hall unter Dr. *Stuart Brown*: Bestand 27 (12 M. 15 Fr.), aufgenommen 10 (5 M. 5 Fr.), entlassen geheilt 2 Fr., ungeheilt 4 (2 M. 2 Fr.), gestorben 3 (1 M. 2 Fr.).

Breezehurst Terrace: Bestand 17, aufgenommen 14, entlassen 6, gestorben 3.

Dr. *Well*'s Sanitarium for mental diseases: Bestand 13, aufgenommen 10, entlassen geheilt 2, gebessert 5, ungeheilt 2, gestorben 0.

Dr. *Parson*'s Home: Bestand 1894 3, aufgenommen 5, entlassen geheilt 1, ungeheilt 1, gestorben 1.

Dr. *Combes* Sanitarium: Bestand 33 (18 M. 15 Fr.), aufgenommen 50 (22 M. 28 Fr.).

Glenmary unter Dr. *T. Greenleaf*: Bestand 28 (8 M. 20 Fr.), auf-

genommen 17 (8 M. 9 Fr.), entlassen geheilt 8 (2 M. 6 Fr.), nicht geheilt 5 (3 M. 2 Fr.), gestorben 4 (3 M. 1 Fr.).

Falkirk unter Dr. *Fr. Ferguson*: Bestand 7, aufgenommen 8, geheilt 2, entlassen ungeheilt 5.

Vernon House unter Dr. *D. Granger*: Bestand 5 (3 M. 2 Fr.), aufgenommen 21 (8 M. 13 Fr.), entlassen geheilt 2 (1 M. 1 Fr.), ungeheilt 10 (4 M. 6 Fr.), gestorben 1 M. 2 Fr., blieben 15 (6 M. 9 Fr.).

The Pines unter Dr. *Senfton*: Bestand 7 (1 M. 6 Fr.), aufgenommen 7 (3 M. 4 Fr.), entlassen geheilt 3, ungeheilt 5, blieben 9 (3 M. 6 Fr.).

Interpines unter Dr. *Seward* blieb Bestand 5, waren aufgenommen 6, entlassen geheilt 4, ungeheilt 2.

Freiwillige Kranke waren in Waldemere 9, in Breezehurst bei Dr. *Parsons* 1, in Glenmary 7, in Falkirk 12, in Vernon 2, in Interpines 8 aufgenommen.

Ursachen der Krankheit bei den von 1888—1895 in den Staatshospitälern aufgenommenen 13237 Kranken waren: Climacterium 354, Gefängniss 89, congenitaler Defect 115, Epilepsie 699, excessives Rauchen 23, excessive Studien 42, Fieber 102, allgemeine schlechte Gesundheit 1284, hereditäre Prädisposition 945, Unmässigkeit im Trinken 1775, Unmässigkeit im Trinken und Narcoticis 256, Grippe 270, Masturbation 462, Menstrualstörungen 67, moralische Ursachen 2833, Alter 623, Opiumgewohnheit 46, Phthisis pulmonalis 20, körperliche Krankheiten 332, Schwangerschaft 80, Puerperium 286, Rheuma 13, Sexualexcesse 99, Schreck von Verletzungen 81, Spiritualismus 4, Hitzschlag 260, chir. Operationen 10, Syphilis 155, Trauma 350, Venerie 63, Nicht-Irresein 94 mal, Ursache nicht zu ermitteln 5719 mal.

Von den 4563 Todesfällen fielen von 1888—95 auf Generalparese 529 (443 M. 86 Fr.), auf Suicid 40, auf Typhus 23, auf Phthisis pulm. 313, auf Pneumonie 451, auf Nephritis 145, auf Herzleiden 210, auf Apoplexie 200, auf Cancer 52, auf Herzlähmung 54, auf Dysenterie 59, auf Enteritis 81, auf Epilepsie 168, auf Erysipelas 30.

Bei den 691 Genesenen im Jahre, endend September 1895, war die Krankheitsdauer vor der Aufnahme unter 1 Mon. bei 246, bis 3 Mon. bei 158, bis 6 Mon. bei 83, bis 1 Jahr bei 66, bis 2 Jahre bei 40, bis 3 Jahre bei 22, bis 4 Jahre bei 8, bis 5 Jahre bei 2, bis 10 Jahre bei 12, bis 20 Jahre bei 3, unbekannt bei 51. Die Dauer der Behandlung unter 1 Mon. bei 9, bis 3 Mon. bei 125, bis 6 Mon. bei 229, bis 9 Mon. bei 115, bis 1 Jahr bei 68, bis 18 Mon. bei 69, bis 2 Jahre bei 30, bis 3 Jahre bei 25, bis 4 Jahre bei 14, bis 5 Jahre bei 2, bis 10 Jahre bei 8, bis 20 Jahre bei 2. Unter den seit 1888 4025 Genesenen war die Krankheitsdauer vor der Aufnahme unter 1 Mon. bei 1285, bis 3 Mon. bei 960, bis 6 Mon. bei 508, bis 12 Mon. bei 389, bis 2 Jahre bei 255, bis 3 Jahre bei 111, bis 4 Jahre bei 46, bis 5 Jahre bei 32, bis 10 Jahre bei 73, bis 20 Jahre bei 35, unbestimmt bei 341. Deren Anstaltsdauer unter 1 Mon. bei 77, bis 3 Mon. bei 713, bis 6 Monat bei 1211, bis 12 Mon. bei 1153, bis 2 Jahre

bei 589, bis 3 Jahre bei 163, bis 4 Jahre bei 77, bis 5 Jahre bei 24, bis 10 Jahre bei 34, bis 20 Jahre bei 6, nicht-irre 11. Das Alter der seit 1888 Geheilten war bis 20 Jahre bei 246, bis 30 Jahre bei 1133, bis 40 Jahre bei 1114, bis 50 Jahre bei 824, bis 60 Jahre bei 469, bis 70 Jahre bei 194, bis 80 Jahre bei 50, bis 90 Jahre bei 1, unbekannt bei 4.

In den New-York city asylums: Ward's Island, Frauenabtheilung eröffnet 1894 mit 126 Acres und 1620 Betten, Männerabtheilung eröffnet 1871 mit 125 Acres und 1620 Betten, Hart's Island, eröffnet 1877 mit 105 Acres und 1598 Betten, Central Islip, eröffnet 1889 mit 1000 Acres und 625 Betten, war Bestand October 1894 6395 (3010 M. 3385 Fr.), aufgenommen 1757 (850 M. 907 Fr.), entlassen geheilt 145 (64 M. 81 Fr.), nicht geheilt 565 (302 M. 263 Fr.), gestorben 636 (328 M. 308 Fr.), blieben 6806 (3166 M. 3640 Fr.). Capacität 5446 Kranke.

Als Ursachen der seit 1888 aufgenommenen 10 903 Kranke sind angeführt: mit Epilepsie 465, mit Heredität 782, mit Unmässigkeit 2039, mit Insolation 63, mit Grippe 83, mit Masturbation 293, mit Schwangerschaft 12, mit Syphilis 120, mit Trauma 217, mit moral. Ursache 2863, nicht-irre 5, ungewiss 2345.

Von den 1282 seit 1888 Geheilten war die Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 467 weniger als 1 Mon., bis 3 Mon. bei 197, bis 6 Mon. bei 63, bis 1 Jahr bei 45, bis 2 Jahre bei 26, bis 3 Jahre bei 20, bis 4 Jahre bei 6, bis 5 Jahre bei 5, bis 10 Jahre bei 5, bis 20 Jahre bei 12, nicht-irre 3, ungewiss bei 433. Die Anstaltsdauer betrug weniger als 1 Mon. bei 43, bis 3 Mon. bei 322, bis 6 Mon. bei 365, bis 12 Mon. bei 347, bis 2 Jahre bei 138, bis 3 Jahre bei 35, bis 4 Jahre bei 10, bis 5 Jahre bei 3, bis 10 Jahre bei 11, bis 20 Jahre bei 5, nicht-irre 3. Von den Geheilten war das Alter bis 20 Jahre bei 100, bis 30 bei 494, bis 40 bei 379, bis 50 bei 207, bis 60 bei 65, bis 70 bei 32, bis 80 bei 1, bis 90 bei 1, nicht-irre 3. Zahl der Deutschen seit 1888 1912.

Kings County Lunatic Asylums („Lodge“ gegründet 1838, Middle House Asylum 1844, Kings Park 1885 mit 988 Acres) mit 2053 Plätzen, Bestand September 1894 2303 (1008 M. 1295 Fr.), aufgenommen 515 (258 M. 257 Fr.), entlassen geheilt 85 (42 M. 43 Fr.), nicht geheilt 106 (48 M. 58 Fr.), gestorben 220 (108 M. 112 Fr.), blieben 2407 (1068 M. 1339 Fr.). Bei den seit 1888 aufgenommenen 3614 Kranken war Ursache: 169 mal Epilepsie, Unmässigkeit 442 mal, Grippe 27 mal, Masturbation 92 mal. Bei 231 Paral. gen. Unter den seit 1888 genesenen 694 Kr. war die Krankheitsdauer vor der Aufnahme unter 1 Mon. bei 212, bis 3 Mon. bei 157, bis 6 Mon. bei 58, bis 12 Mon. bei 38, bis 2 Jahre bei 12, bis 3 Jahre bei 4, bis 4 Jahre bei 4, bis 10 Jahre bei 3, bis 20 Jahre bei 2, nicht-irre 2, unbekannt bei 202. Behandlungsdauer unter 1 Mon. bei 50, bis 3 Mon. bei 128, bis 6 Mon. bei 197, bis 12 Mon. bei 210, bis 2 Jahre bei 81, bis 3 Jahre bei 9, bis 4 Jahre bei 6, bis 5 Jahre bei 3, bis 10 Jahre bei 6, bis 20 Jahre bei 1, bis 40 Jahre bei 1, nicht-irre 2.

Ein Register erleichtert das Auffinden des nach allen Seiten hin durchforschten Anstaltsgebietes, auch nach der wirthschaftlichen Seite hin. Bei der Anlage neuer Anstalten dürfte dieser Bericht von grossem Werthe sein.

13. Report of the committee of lunacy to the Board of the public charities of the commonwealth of Pennsylvania for 1895. 234 pp. 8°.

Harrisburg: Bestand 1. October 1895 815 (418 M. 397 Fr.), aufgenommen 262 (142 M. 120 Fr.), entlassen 232 (125 M. 107 Fr.), blieben 845 (435 M. 410 Fr.). Beschäftigt Ende September 1895 189 M. 248 Fr., 8 M. und 7 Fr. waren im Jahre zeitweise in Restraint. Wärterzahl 85, Angestellte 59. Von den Entlassenen waren geheilt 66, gebessert 77, ungeheilt 11, nicht-irre 1. Von den Zurückgebliebenen waren 95 epileptisch, 43 paralytisch, 96 mordsüchtig, 96 selbstmordsüchtig, 35 verbrecherische Irre. Director und Arzt Dr. *L. Orth.* Gestorben sind 1895 78, von denen 25 obducirt wurden.

Danville: Vom 6. November 1872 bis 30. September 1895 wurden 4688 (2672 M. 2016 Fr.) aufgenommen, entlassen 3674 (2039 M. 1635 Fr.) und zwar geheilt 766, gebessert 716, ungeheilt 1255, gestorben 937 (627 M. 310 Fr.), blieben 1014 (508 M. 506 Fr.). Capacität der Anstalt 800 Kranke. Dir. Dr. *Meredith.* Wärterzahl 100, Angestellte 93. Aufgenommen 1894/95 305 (173 M. 132 Fr.), entlassen 294 (191 M. 103 Fr.), davon 44 geheilt, 31 gebessert, 159 ungeheilt, 60 (32 M. 28 Fr.) gestorben, blieben 1014 (508 M. 506 Fr.). 219 M. u. 159 Fr. waren nützlich beschäftigt. 24 M. u. 24 Fr. waren zeitweise in Restraint, am 30. September 1895 4 M. u. 4 Fr. und 3 M. u. 2 Fr. in der Zelle. Jedes Staatshospital hat jetzt eine weibliche Assistentin. Wärterschule.

Norristown: Eröffnet 18. Februar 1880, Kranke aufgenommen 12. Juli 1880 bis 30. September 1895 7429 (3812 M. 3617 Fr.), entlassen 5642 (2958 M. 2684 Fr.), und zwar 1458 geheilt, 1424 gebessert, 459 ungeheilt, 2301 (1162 M. 1139 Fr.) gestorben, geblieben 1813 (852 M. 961 Fr.). Ursprünglich für 760 Kranke bestimmt, durch Bauten erweitert. Aufgenommen bis letzten September 459 (255 M. 204 Fr.), entlassen 532, davon geheilt 135, gebessert 203, ungeheilt 21, gestorben 173 (88 M. 85 Fr.), blieben 1813 (852 M. 961 Fr.). Bei den M. waren 36 in kurzem Restraint, 13 Ende September. Frauen nicht im Restraint und keine Frau über 4 Stunden isolirt. 542 M. und 548 Fr. durchschnittlich beschäftigt. Am Schlusse des Jahres waren 39 M. 14 Fr. beurlaubt, 41 M. u. 36 Fr. lagen im Bett, 194 M. u. 184 Fr. nahmen regelmässig Medicin, 16 M. u. 15 Fr. wurden mit dem Löffel ernährt, 3 Fr. mit der Sonde und 1 mit dem Becher.

Warren: Eröffnet den 6. October 1880, der 1. Kranke kam am 5. December. Bis zum 30. September 1895 wurden aufgenommen 3338 (1868 M. 1470 Fr.). Entlassen 2430 (1386 M. 1044 Fr.), und zwar geheilt

377, gebessert 670, ungeheilt 438, gestorben 745, blieben 908 (482 M. 426 Fr.). Die Normalzahl ist 600. Dir. Dr. *J. Curwer*. Am 30. September waren im Restraint 24 (5 M. 19 Fr.), isolirt 66 (36 M. 30 Fr.). Ungewöhnliche Zahl von gefährlichen Kranken. Eine Wohlthäterin liess ein türkisches Bad für 5000 Dollar bauen. Ende September lagen im Bett 22 und 38 wurden mit dem Löffel ernährt, 131 bekamen regelmässig Medicin.

Dixmont: Eröffnet 13. November 1861. Bis 30. September 1895 aufgenommen 7545, entlassen 6884 (3880 M. 3004 Fr.) und zwar 2157 geheilt, 2093 gebessert, 805 ungeheilt, 1828 (1113 M. 715 Fr.) gestorben, blieben 743 (421 M. 322 Fr.), 1 M. nicht-irre. Im letzten Jahre 293 (178 M. 115 Fr.). Die Normalzahl ist 715. Dir. Dr. *A. Hutchinson*. Wartpersonal 93. Bedienstete 83.

State Asylum for the chronic insane South Mountain: Eröffnet 5. September 1894, ziemlich gleich weit entfernt von Norristown, Harrisburg und Danville. Bestimmt für Kranke über 1 Jahr und nimmt nur auf Kranke aus den Staatsanstalten und Armenhäusern. Kosten 500 000 Doll. mit 500 Acres Land unter Dir. Dr. *W. Brown Ewing*. Am 30. September 1895 war die Zahl 764 (573 M. 191 Fr.) und zwar 740 Weisse, 24 Farbige. Entlassen 139 (80 M. 59 Fr.), geheilt 2, gebessert 3, gestorben 39 (30 M. 9 Fr.). 54 Wärter, 106 Dienstpersonal. 7 im Restraint, keine Isolirung. In der Farm 373, im Garten 16 beschäftigt. 4 lagen 30. September im Bett.

Privatanstalten. Pennsylvania Hospital for the insane. Terrain 113 Acres. Die älteste Irrenanstalt in Amerika, gegründet 1751 durch Wohlthäter. Erhält von der Provinz Zuschuss, wird aber erhalten durch milde Beiträge. Vom 11. Februar 1751 bis 1841, wo die Irrenanstalt in West-Philadelphia eröffnet wurde, wurden 41 366 aufgenommen, von denen 1493 genesen, 913 gebessert entlassen wurden, 1851 ungebessert oder gestorben. Die Irrenanstalt von West-Philadelphia wurde unter dem Namen „The Pennsylvania Hospital for the Insane“ am 1. Januar 1841 eröffnet, das 2. neue Gebäude wurde bezogen am 27. October 1859. Seit 1841 bis 30. September 1895 wurden aufgenommen 10 744 (5654 M. 5590 Fr.), entlassen 10 313, davon 4475 geheilt, 2781 gebessert, 1505 ungebessert, 1552 gestorben, so dass 418 (183 M. 235 Fr.) blieben. Normalzahl 475. Jetzt Dir. Dr. *John B. Chapin*. Zahl des Wartpersonals 153, des Dienstpersonals 119, das Verhältniss des Wartpersonals zu den Kranken wie 1 : 2. Aufgenommen 157 (72 M. 85 Fr.), entlassen 166 (86 M. 80 Fr.) davon 43 geheilt, 68 gebessert, 20 ungeheilt und 35 (21 M. 14 Fr.) gestorben, 418 (183 M. 235 Fr.) geblieben. 26 M. u. 10 Fr. waren zeitweise in Restraint, am 30. September 1895 1 M. u. 1 Fr. isolirt. Von den 418 bekamen 124 regelmässig Medicin, 9 im Bett, 10 wurden mit dem Löffel und 1 mit dem Becher ernährt, 7 waren epileptisch, 10 paralytisch, 14 mordsüchtig, 13 selbstmordsüchtig und 82 unreinlich.

Friends Asylum for the Insane, near Frankford, Philadel-

phia. Eröffnet 20. Mai 1817, seit 1834 auch für andere Kranke. Incorporirt 12. Mai 1888. Von 1817 bis 1895 sind aufgenommen 2724 (1381 M. 1343 Fr.), entlassen 2591 (1324 M. 1267 Fr.), davon geheilt 1278, gebessert 408, ungebessert 498, gestorben 407, blieben 130 (56 M. 74 Fr.). Normalzahl 130. 78 Acres Terrain. Dir Dr. *Robert H. Chase.* 50 Wartpersonal und 64 Bedienstete, Verhältniss der Kranken zum Wartpersonal wie 1 : 2. Aufgenommen 66 (38 M. 28 Fr.), entlassen 59 (34 M. 25 Fr.), davon geheilt 13, gebessert 23, ungebessert 9, 1 nicht-irre, gestorben 13 (8 M. 5 Fr.), 11 in andere Anstalten, blieben 130 (56 M. 74 Fr.). Von den Zurückgebliebenen waren 6 epileptisch, 12 paralytisch, 3 mordsüchtig, 7 selbstmordsüchtig, 11 unrein, 39 nahmen regelmässig Medicin, 3 im Bett, 6 wurden mit dem Löffel, 2 mit der Sonde, 7 mit dem Becher ernährt. Am 30. September war 0 in Restraint und 2 isolirt, während des Jahres 3 M. 18 Fr. zeitweise in Restraint.

Burn Brae, Clifton Heights, Delaware County, nahe bei Philadelphia, gegründet 26. Januar 1860 durch Dr. *Rob. A. Given.* Bis 30. September 1895 aufgenommen 416, entlassen 352, davon geheilt 145, gebessert 95, gestorben 112, geblieben 30 (15 M. 15 Fr.). 1888 sind Eigenthümer und resid. Aerzte Dr. *J. W. Philipps* und Dr. *Mercer Given.* 2 Wartpersonal auf 3 Kranke. Von den 30 Patienten im September 1895 waren 1 epileptisch, 1 mord-, 1 selbstmordsüchtig, 4 unreinlich, im Jahre 1 M. u. 1 Fr. zeitweise in Restraint.

St. Francis Hospital, Pittsburgh in der Stadt; 1871 durch die katholische Kirche errichtet für weibliche Kranke, seit 1891 auch für Männer. In Verbindung durch bedeckte Wege mit dem allgemeinen Krankenhause. Eine Abtheilung für Trunksüchtige. Trefflicher Comfort. 12 Acres Land. Pflege durch religiöse Orden, ein resid. Arzt. Am 30. September 1895 89 Kranke (24 M. 65 Fr.), 31 muthmaasslich heilbar, 6 epileptisch. 44 brauchten regelmässig Medicin, 7 wurden mit dem Löffel ernährt, 9 im Bett. 2 M. und 2 Fr. in Restraint, 9 isolirt. Aufgenommen 118 (52 M. 66 Fr.), entlassen 108 (52 M. 56 Fr.), davon geheilt 45, gebessert 41, ungebessert 6 und 16 (8 M. 8 Fr.) gestorben. 1 Wartperson auf 6 Kranke.

The Easton Sanitarium, für Nervenkranke und mildere Formen von Geistesstörung, Eigenthümer Dr. *James P. Pursell* und Mr. *Risley.* Behandlung ausschliesslich homöopathisch, für 20 Kranke. 3 Stockwerke. Elegante Einrichtung, elektrische Beleuchtung. Seit April 1895 eröffnet. Pathol. Resultate: In Harrisburg von 24 Autopsien, in Norristown von 31 mit Hirngewichten und Urinanalysen. In den gesammten Anstalten Pennsylvanias Bestand am 3. September 1896 8928 (4660 M. 4268 Fr.), darunter 330 Farbige und 2739 Fremde, wahrscheinlich heilbar 684, Epileptiker 648, Paralytische 180, darunter 79 Fr., Mordsüchtige 330, Selbstmordsüchtige 440, Insane convicts 102, Criminal insane 163, in Isolirung 187, in Restraint 311, auf Urlaub 203, unter geregelter Medicin 1671, im Bett 305, ernährt mit Löffel 187, mit Sonde 13, mit Becher 37, unsauber 1026.

8. Report of the St. Lawrence State Hospital for 1894. Albany 1895. 210 pp. 8°. (Dir. Dr. *Peter Wise.*)

Anfang October 1893 Bestand 688 (323 M. 365 Fr.), aufgenommen 659 (306 M. 353 Fr.), Abgang geheilt 69 (34 M. 35 Fr.), nicht geheilt 84 (33 M. 51 Fr.), gestorben 94 (53 M. 41 Fr.), blieben October 1894 1100 (509 M. 591 Fr.). Bei den Aufgenommenen war Ursache seit 9. December 1890 religiöse Ueberreizung 21mal, häusliche Störung 69mal, Unmässigkeit 107mal, Venerie 22mal, Masturbation 28mal, Verletzungen 55mal, Epilepsie 102mal, Influenza 47mal. Von den 1822 seit 9. December 1890 Aufgenommenen genasen 246, starben 239. An Paralyse starben seitdem 27 (25 M. 2 Fr.), an Tuberculose 19, an Typhus 2, an Zufällen 3, an Suicid 3. Von den 258 Genesenen waren vor der Aufnahme erkrankt bis 6 Mon. 193, bis 12 Mon. 21, bis 2 Jahre 11, bis 5 Jahre 7, bis 10 Jahre 1, bis 20 Jahre 2, nicht-irre 12, ungewiss bei 12. Aufenthaltsdauer bis 6 Mon. 175, bis 12 Mon. 54, bis 2 Jahre 18, bis 3 Jahre 5, nicht-irre 6. Alter der seitdem Aufgenommenen bei 6 10—15 Jahre, bei 92 70—80 Jahre, bei 32 80—100 Jahre. Unter den Aufgenommenen waren 108 Deutsche, 277 Irländer, etc. Die speciellen Fragen der Commissioners nebst Antworten (cf. Bericht über das 1. Halbjahr 1895) werden mitgetheilt. Eine Reihe wissenschaftlicher Arbeiten folgen: 1. *Rob. G. Cook*, Laboratory Methods. Die Methode *Nissl*'s, die von *Lewis*, die von *Golgi-Cajal*, von *Weigert-Giacomini* werden mitgetheilt und durch Zeichnungen erläutert. Dr. *M. Mosher* giebt klinische Mittheilungen, derselbe schreibt: „on the relations of physical disease and mental disorder“ mit Fällen. Der Director *Wise* berichtet über die Schule für das Wartpersonal. Die Klasse von 1894 hatte 5 graduirte Personen, die von 1895 19, in 1896 weiter 30 Fr. u. 13 M. Nach 2jähriger Schule wird ein Diplom ertheilt. Dr. *Rich. H. Hutchings*, Observations on the douche bath, with cases. Dr. *J. Burton*, The blood in the insane. Mit Zeichnungen. *M. Mosher*, A case of hydrocephalus ex vacuo. Dr. *R. G. Cook*, An intracranial tumor complicating general paralysis. Dir. Dr. *Wise*, Case of attempted homicide and suicide, concealed delusions. Dr. *G. Cook*, An acute case of general paralysis. Dr. *Th. C. Sawyer*, One hundred autopsies. *C. S. Pease*, The coexistence of insanity and pelvic diseases. *R. G. Cook*, A recovery hastened by diversion. *Rich. H. Hutchings*, Mental enfeeblement in acromegaly, with report of case. *Flav. Packer*, Case of insanity following, tabes dorsalis, with symptoms of general paralysis, autopsy. Zahlreiche Illustrationen begleiten diese wissenschaftlichen Aufsätze.

22. Bericht des Brandenburgischen Hilfsvereins für Geisteskranke zu Eberswalde pro 1895/96. 31 S. 8°.

Aus der Zahl der Mitglieder schieden 7 aus und traten 57 ein, daher 208. An Jahresbeiträgen gingen 1540 Mk. ein. Bestand der Documente

28 456 Mk. An Unterstützung wurden ausgegeben 1965 Mk. für 37 Personen. Bestimmungen des Reglements über die Aufnahme Geisteskranker in eine der Landirrenanstalten des Provinzialverbandes von Brandenburg, Fragebogen. Statut. Verzeichniss der Mitglieder.

Bericht der Unterstützungskasse der Hessischen Landes-Irrenanstalten pro 1895/96. 50 S. 4°.

Eine Tafel illustrirt die Zu- und Abnahme der Zahl der Geber während der letzten 10 Jahre. Von der Entwicklung der Unterstützungskasse während der letzten 10 Jahre. Zahl der Geber jetzt 27 000. Die Klinik in Giessen hat sich der Kasse angeschlossen. Von der Bedeutung grosser Provinzial-Pflegeanstalten für die Beseitigung der Raumnoth in den Landes-Irrenanstalten und für die zweckmässigere und weniger kostspielige Gestaltung der hessischen öffentlichen Fürsorge überhaupt. Von den wichtigsten Ursachen der fehlerhaften Benutzung unserer hessischen Landes-Irrenanstalten seitens der Hilfesuchenden: 1. Es fehlt an einem sachverständigen ärztlichen Berather. 2. Man scheut die Entrichtung des Pflegegeldes. S. 48 Einnahmen 23 708 Mk., Ausgaben 20 958 Mk. Vermögensstand 57 477 Mk.

Bericht über die 7. Jahresversammlung des Hülfsvereins für Geisteskranke im Herzogthum Sachsen-Meiningen am 28. September 1896.

Einnahmen 4290 Mk., für Unterstützungen ausgegeben 411 Mk. Dr. *Büchner:* Vortrag über den Alkohol. Mitgliederverzeichniss.

10. Bericht des Zürcher Hülfsvereins für Geisteskranke pro 1895. 50 S. 8°.

Revidirte Statuten. Bericht über die Leistungen, Anführung einzelner Fälle, 170 wurden unterstützt. Einnahmen 57 489 Frcs., Ausgaben 7503 Frcs. 577 Mitglieder. Vermögen 49 986 Frcs. Protocoll der Generalversammlung. *Redlich:* Ueber die projectirte Reform des schweizerischen Irrenwesens, Grundsätze aufgestellt vom Verein schweizerischer Irrenärzte. Liste der Mitglieder.

21. Bericht des Hülfsvereins für arme Irre des Kantons Luzern pro 1894. 107 S. 8°.

S. 3—26. Ueber einige Fragen unserer Irrenpflege. S. 28—47 Mitgliederzahl 3543. Eingenommen 6887 Frcs., an Legaten 5475 Frcs. Vermögen 99 745 Frcs. Ausgegeben 8722 Frcs. an 87 Personen. Grundsätze bei der Vertheilung. Wirkung der Hülfe. Leitung des Vereins. Wünsche.

S. 48 Jahresversammlung, bei der Dir. *Lisibach* einen Vortrag über Irrenpflege hielt. S. 61 Statuten. S. 65 Mitgliederverzeichniss.

Deventer, van, senior. Die Verpflegung der Geisteskranken in Niederländisch-Indien. Psychiatrische Bladen. Bd. 12 Liefer. 3.

Das interessante Schriftchen ist ein Referat eines Artikels von Dr. *J. W. Hofmann*, der längere Zeit Anstaltsarzt in Buitenzorg und Soerabaja gewesen ist. Auch dort lässt die Irrenpflege noch sehr viel zu wünschen übrig. Billigen Anforderungen genügt die am 1. Juli 1882 eröffnete halbvollendete Anstalt von Buitenzorg. Drückender Raummangel macht sich in den Hülfsanstalten von Semarang und Soerabaja mit all seinen Missständen fühlbar, auch fehlt es hier an passender Gelegenheit zur Beschäftigung. Die Aufnahmebedingungen sind sehr complicirt und es vergehen Wochen, ehe der Kranke aufgenommen werden kann. Wegen Raummangel finden die Kranken Aufnahme in den Militärlazarethen und den Civilkrankenhäusern, die besonders in den kleinen Städten den hygieinischen Anforderungen in keiner Weise genügen. Auch in den Gefängnissen finden die Kranken Aufnahme, wo sie dann unter Verhältnissen untergebracht sind, welche sehr an Mariaberg erinnern. Am schlimmsten sind aber die Kranken auf dem platten Lande daran, sie werden in Ställen untergebracht, wo sie Wind und Wetter ausgesetzt sind; von einer Behandist natürlich keine Rede. Haarsträubende Fälle werden dabei berichtet. Da die Kranken dort zum Theil für Besessene gehalten werden, unterzieht man sie der Hungercur, um dadurch den bösen Geist zu veranlassen, den Körper zu verlassen. — Die Zahl der Geisteskranken der dort lebenden Europäer ist eine sehr hohe. Bei einer Bevölkerung von 50000 Europäern wurden 1891 in Anstalten verpflegt 194 also 3 : 1000. In ganz Indien giebt es etwa 800 Kranke, die der Anstaltspflege bedürfen (nach einer Zählung von 1882). Am 1. Januar 1892 waren aber nur 335 in Anstaltspflege (Eingeborene). Wandel kann nur geschaffen werden, wenn die Anstalt von Buitenzorg ausschliesslich für die Europäer bestimmt wird und die Hülfsanstalten von Semarang und Soerabaja zweckmässig ausgebaut werden und ebenfalls für Europäer reservirt werden. Die Eingeborenen vertragen den Aufenthalt in Steinbauten nicht, sie genesen dort nicht, sondern sterben an Beri-Beri; sie müssen in ländlichen Colonien untergebracht werden, wo sie Gelegenheit zu Feldarbeit haben. Eine wichtige Frage auch für die Irrenanstalten von Niederländisch-Indien ist die Beschaffung eines tüchtigen Pflegepersonals; unbedingt nöthig ist ferner eine Aufsichtsbehörde über die Irrenanstalten. *Serger.*

Tellegen, Betrachtungen über Anstaltsbau und Anstaltsverpflegung. Psychiatrische Bladen. Bd. 13 Liefer. 2.

Verfasser wendet sich gegen das Pavillonsystem, wie es in den neuern

christlichen Anstalten Hollands zur Durchführung gelangt ist und gegen die Forderung der genannten Anstalten, dass jeder Pavillon eine Familie für sich sein solle. Diese Art der Verpflegung führt zur Zersplitterung der Kräfte und kostet zu viel Geld. *Serger.*

---

12. Statistik. Ref.: Tigges-Düsseldorf.

Der 49. Bericht der Commissioners in Lunacy, England 1895. (The Journal of ment. science. Jan.)

Verf. giebt der Befriedigung Ausdruck, einmal den obigen Bericht besprechen zu können, ohne den Ausführungen der Laien- und medicinischen Presse entgegentreten zu müssen, welche aus den statistischen Zahlen eine bedeutende Zunahme der activen Phasen der Geisteskrankheit irrthümlich folgern.

Die Gesammtzahl der Geisteskranken unter Aufsicht der Commissioners betrug am 1. Januar 94081, eine Zunahme von 2014 über die des vorigen Jahres. Der jährliche durchschnittliche Zuwachs der letzten Decade betrug 1437, und dieser bleibt um 219 hinter dem jährlichen Durchschnitt der vorhergehenden 20 Jahre zurück. 1894 gehören 14,7 pCt. der frischen Aufnahmen (1,5 pCt. mehr als im vorigen Jahre) den senilen Geistesstörungen an. Die Zunahme des Bestandes der Geisteskranken ist bedingt durch die armen Geisteskranken, deren Zunahme 2075 betrug (incl. 11 Criminals). Die Zahl der Privatkranken nahm ab um 61. Jene Zunahme fand sich im ganzen Lande, mit Ausnahme von 8 Grafschaften, die eine leichte Abnahme zeigten.

Auf 10000 Einwohner der Bevölkerung kamen am 1. Januar 1895 30,95 eingeschriebene Geisteskranke, gegen das vorige Jahr eine Zunahme von 0,32. Der Durchschnitt der 10jährigen Periode betrug 29,86. — Die Verhältnisszahl der armen Geisteskranken zu allen Armen giebt sicherere Auskunft, weil einerseits die Gesammtzahl der Armen bekannt ist — sie wächst gleichmässig mit der Bevölkerung, bleibt fast constant im Verhältniss von 1 : 36 —, und weil andererseits die Zahl der geisteskranken Armen mit sehr wenigen Ausnahmen zur Kenntniss der Commissioners kommt. Die Verhältnisszahl der armen Geisteskranken zur Gesammtzahl der Armen ist ziemlich constant, 10 pCt., etwas mehr oder weniger. Dies gilt für die letzten Jahre, während gegen die früheren Decaden ein namhafter Zuwachs sich zeigt, welcher bewirkt ist durch Vermehrung der Anstalten, grössere Werthschätzung derselben und durch die neueren Irren-Gesetzgebungsacte. Die Zahl der Armen in Asylen, Hospitälern und Privatanstalten betrug am 1. Januar 1895 62322 (ein Zuwachs im Jahre

von 1865), in Arbeitshäusern 16898 (Zunahme 29), bei Verwandten und Andern 5869 (Zunahme 170). Die pCt.-Zahlen dieser 3 Abtheilungen sind demnach 73,24 — 19,89 — 6,9. Die Commissioners bedauern, dass in den Arbeitshäusern nicht Einrichtungen getroffen werden für chronisch Blödsinnige etc., um die überfüllten Asyle zu entlasten.

Die Gesammtzahl der Geisteskranken in Asylen, Hospitälern und Privatanstalten (Licensed houses) betrug am 1. Januar 1895 69499, eine Zunahme von 2263 gegen das vorige Jahr. Diese Zunahme wird hauptsächlich durch die Grafschafts- und städtischen Asyle bedingt (Zunahme 2843), während die andern Categorien meist eine Abnahme zeigen.

Die Zahl der Aufnahmen in Asylen etc. während des Jahres 1894 exclus. Versetzungen und Wiederaufnahmen in Folge erloschener Aufnahme-Erlaubniss, betrug 17878, 171 weniger als 1893. Der Hauptausfall (175) fällt auf die provinziellen Privatanstalten.

Die Gesammtzahl der Genesungen beträgt 7130, gegen das Vorjahr ein mehr von 277. Dies fällt hauptsächlich auf die Grafschafts- und städtischen Asyle. Berechnet zur Gesammtzahl der Aufnahme genasen 40,31 pCt. — Verf. führt dann weiter aus, dass die Sterblichkeitsziffer nur nach dem durchschnittlichen Bestande, nicht nach der Zahl der Verpflegten, oder der Zahl der Aufnahmen stattfinden dürfe. Ferner, dass die einzig correcte Methode, die Genesungsziffer der einzelnen Asyle zu berechnen, die nach den Aufnahmen sei, weil die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den einzelnen Asylen nicht dieselbe sei. Aber, meint er dann weiter, wenn man alle Anstalten zusammen nimmt, und alle Zahlen addirt, so fällt dieser Einwurf fort und man kann die einzelnen Jahrgänge mit einander vergleichen. Es folgt dann eine Zusammenstellung, zuerst der Genesungsprocente nach der Methode der Commissioners, nach den Aufnahmen, nach denen die Genesungsprocente von 1885—89 durchschnittlich 39,84, von 1890—94 39,46, also weniger betrug, dann eine Berechnung nach der Methode des Verf., nach dem durchschnittlichen Bestande, nach der das Genesungsprocent von 1885—89 9,60 pCt., von 1890—94 10,12 betrug, also eine Steigerung. Verf. hält das letztere Resultat für annehmbarer, wegen der verbesserten Methoden der Behandlung und der verbesserten sanitären Einrichtungen. — Dies Verfahren scheint dem Ref. ein Circ. vitiosus, ist auch sachlich nicht begründet. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer kann sich von Jahrfünft zu Jahrfünft verändern. Bei Typhus, Scharlach, Diphtherie etc. wird man die Genesungsziffer nur nach der Summe der einzelnen Fälle berechnen, mögen sie kleine oder grosse Ziffern etc. darstellen. Bei den Geisteskranken stellen die Aufnahmen die einzelnen Fälle dar. Die Genesungen entsprechen allerdings nicht genau den Aufnahmen desselben Jahres, weshalb die Resultate nur für längere Zeiträume in sich richtig sind etc.

Im Jahre 1894 starben 6533 = 9,32 pCt. vom durchschnittlichen Bestande. Hier zeigt sich seit 1890, wo die Sterblichkeitsziffer 10,14 betrug,

eine allmälige Abnahme. Es folgt, wie in früheren Berichten, die Sterblichkeitsziffer der Geisteskranken nach den einzelnen Lebensaltern im Vergleich mit der der betreffenden Lebensalter der Bevölkerung. Hier soll nur erwähnt werden, dass wieder wie früher, die Ziffer der Geisteskranken auf den späteren Altersstufen der der Bevölkerung sich mehr nähert und dass die Sterblichkeitsziffer der Frauen im Vergleich zu der der Bevölkerung viel geringer ist, als die der Männer. Daher kommt die Anhäufung seniler Fälle und die Anhäufung der Frauen auf allen Stufen. — Die Sterblichkeitsziffer der Geisteskrankheiten ist 5 mal grösser als die der Bevölkerung; wenn man die unter 15 jährigen fortlässt, 3,4 mal grösser.

Es folgt eine Tabelle über die Todesursachen für die 5927 Todesfälle in Grafschafts- und städtischen Asylen in Procenten zur Summe aller Todesfälle. Die Procentsätze derselben Todesursache in der Bevölkerung ist in Klammern beigefügt.

Allgemeine Paralyse 20,3 (0). — Lungenphthise 14,6 (8,3). — Hohes Alter 9,5 (4,9). — Pneumonie 7,6 (6,5). — Epilepsie 6,2 (0,5). — Erschöpfung nach Manie und Melancholie 5,6 (0). — Herzkrankheiten 7,6 (1,8). — Apoplexie 2,9 (3,2). — Brightsche Krankheit 2,6 (1,5). — Bronchitis 2,3 (9,8). — Krebs 2,0 (4,2). — Andere Ursachen 18,2 (0). — Zufall, Gewalt, Selbstmord 0,6 (3,8). —

Die Formen treten angeblich in den einzelnen Jahrgängen mit grosser Regelmässigkeit auf. Die Namen sind Manie, Melancholie, Dementia, Dementia sen., angeborene Formen, andere Formen. — Paralysis und Epilepsie sind hier also unter den andern Formen untergebracht. 70,3 pCt. waren 1. Anfälle, 8,4 Epileptiker, 8,7 Paralytiker. 25,6 pCt. hatten Selbstmordneigung (M. 22, Fr. 26).

Bezüglich der Ursachen der Geisteskrankheit ist zu bemerken, dass in den letzten 5 Jahren, verglichen mit den vorhergehenden 10 Jahren Alcoholismus um 1,1 pCt. zugenommen hat, Verletzungen um 1 pCt., hohes Alter um 1,5 pCt., Erblichkeit ist gestiegen von 20,9 auf 23,2 pCt. Syphilis wird für allgemeine Paralyse mit 2,9 pCt. angegeben, wobei Verf. auf die Differenz mit den continentalen Angaben hinweist.

Die Zahl der freiwillig Aufgenommenen betrug am 1. Januar 1895 in eingeschriebenen Hospitälern 113, in hauptstädtischen und provinzialen Privatanstalten 19 resp. 42. Von 204 im Verlaufe des Jahres in eingeschriebene Hospitäler Aufgenommenen wurden 51 nachher mit Certificat versehen.

Die Zahl der Grafschafts- und städtischen Asyle beträgt jetzt 69. Aufnahmen in diese fanden statt 13000 als 1. Aufnahme, 1309 Versetzungen, 55 mit neuem Certificat versehen, 2187 wiederholte Aufnahmen. Section wurden 4760 gemacht (bei 5927 Todesfällen). Es werden Einrichtungen verlangt für arme idiotische und imbecille Kinder, ferner für gebildete Arme mit geringem Pflegesatz. Bei einigen Anstalten wird geklagt über Ueberfüllung, mangelnde Dränage und Wasserversorgung.

Es fanden nur 10 Selbstmorde statt, während 25,6 der Behandelten Selbstmordneigung hatten. Durch Unglücksfall endeten 19.

Die Unterhaltungskosten betrugen in Grafschafts-Asylen per Woche 8 Sch. $15^5/_8$ d., in städtischen Asylen 9 Sch. $6^1/_8$ d., in beiden zusammen 9 Sch. 1 d. Gegen den Durchschnitt der 10 Jahre vorher ist eine Verminderung eingetreten. Dagegen ergeben die Gesammtkosten in den Grafschafts-Asylen eine Vermehrung.

Bei den eingeschriebenen Hospitälern ist zu bemerken, dass ein Herr an Erschöpfung starb in Folge mechanischen Restraint, ein idiotisches Mädchen in Folge von Verbrühen. (Dies, speciell das in manchen Berichten vorkommende Sterben in Folge von Verbrühen spricht nicht gerade für die Güte des gerühmten englischen Pflegepersonals, das in den Ganglienzellen der grauen Rinde Bescheid weiss. Ref.)

Die Zahl der Privatanstalten beträgt 76. 5 sind eingegangen. Die Zahl ihres Bestandes hatte am 1. Januar 1895 gegen das Jahr vorher um 325 zugenommen. — Die Zahl der Privat-Einzelkranken betrug 428, gegen 446 im Jahre 1890.

37. Jahresbericht des General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland. 1895. (The Journal of ment. science. Jan.)

Zunächst wird Sir *Arthur Mitchel* geehrt, bei seinem Rücktritt vom Board of lunacy, dem er seit 1858 angehörte, der sich um die Gestaltung des gegenwärtigen Irrenwesens, speciell die Familienpflege, wesentlich verdient gemacht hat.

Der Bericht erstreckt sich auf das Jahr 1894. Am 1. Januar 1895 wurden verpflegt 13852 Geisteskranke (6504 M. 7348 Fr.), Privatkranke 2138, Arme 11660. In den königlichen und Districtsasylen waren 7957, in den Privatasylen 152, Gemeindeasylen 1726, Irrenabtheilungen der Armenhäuser 864, in Privatwohnungen (Familienpflege) 2790, in der Irren-Abtheilung des allgemeinen Gefängnisses 54, in Erziehungs- (Idioten-) Schulen 309.

Die Zunahme gegen das vorige Jahr dieser zur officiellen Kenntniss gekommenen Geisteskranken betrug 552, auf 100000 Einwohner 10, gegen 3 im vorigen Jahr, und zwar nahmen die Privatkranken um 1 zu, die armen in Anstalten um 7, in Privatpflege um 2. — Diese Zunahme der armen Geisteskranken ist die höchste seit Einrichtung des Board of lunacy im Jahre 1858. — Der Bericht theilt dann das Land in 3 Gruppen ein. In der 1. Gruppe, welche die Grafschaften mit grossen städtischen Centren enthält, betrug die Zunahme angeblich bis 10 auf 100000 Einwohner, in der 2. mit kleineren industriellen Centren, Städten oder ländlichen Bergwerksdistricten 13, in der 3., welche nur die Hochland-Grafschaften enthält, 33 auf 100000 Einwohner. In den beiden ersten Gruppen ist die Bevölkerung im Zunehmen, in der dritten im Abnehmen. Der Grund der

Zunahme in dieser letzteren liegt nach der Meinung der Commissioners in einer Aenderung der Anschauung des Publikums, welches jetzt auch leichtere Fälle zur öffentlichen Fürsorge zulässt resp. darauf drängt. Wesentlich wirksam ist der Staatshülfsbeitrag, mit dessen Unterstützung die armen Districte das thun, was die wohlhabenden von selbst thun. So kamen aus der 3. Gruppe, den Hochland-Grafschaften, 44 Arme neu in Privatpflege, während aus der 1. Gruppe mit grossen städtischen Centren, bei einer 10 mal so grossen Bevölkerung nur 42 Arme neu in Familienpflege kamen.

Von den Aufnahmen waren 515 Private (16 weniger als im Vorjahr) und 2661 Arme (148 mehr als im Vorjahr), 1894 fanden 133 Genesungen statt.

Die Sterblichkeitsziffer betrug 7,8 pCt., ist im Abnehmen. Die allgemeine Paralyse nimmt als Todesursache unter den Männern zu, unter den Frauen ab.

Der Procentsatz der armen Geisteskranken in Familienpflege von allen armen Geisteskranken betrug angeblich 23,3 — 0,1 mehr als im vorigen Jahre, ungefähr dem Durchschnitt der letzten 5 Jahre entsprechend. Es wird dies wieder zur Bemerkung verwandt, dass die Grenze der Verhältnisszahl der für Familienpflege geeigneten armen Geisteskranken erreicht sei. Ebenso werden wieder die Vortheile der Familienpflege nach jetzt 17jähriger Erfahrung nach den dort gewöhnlich betonten Gesichtspunkten angeführt. Sie befördern am meisten das Wohlbefinden der Kranken und sie vermindern die Unterhaltungskosten. Eine allgemeine und örtliche, sorgsame und systematische Aufsicht sei nöthig. Die Familienpflege beeinträchtige nicht die Arbeiten und Freuden des betheiligten Publikums.

Insanity in English Local Prisons 1894 — 95, von *John Baker*. (Journ. of ment. science. April.)

Von Zeit zu Zeit erscheinen zuversichtlich vorgetragene Aeusserungen in der öffentlichen Presse, dass in den englischen Gefängnissen die Geisteskrankheiten sehr zunehmen und dass hierfür die Gefängnissverwaltung grossen Theils verantwortlich sei. Um diese Meinung zu widerlegen, hat Verf. Tabellen aus dem Bericht der Commissioners für lokale Gefängnisse von England 1895 beigebracht und besprochen.

Verf. wendet sich zunächst im Allgemeinen gegen *Lombroso* etc., deren Ansichten auch in gewissen englischen Kreisen bereitwillig aufgenommen seien. Die physischen und psychischen Stigmata finden sich auch bei einem Theil englischer Verbrecher, jedoch in variirendem und unbestimmtem Verhältniss, so dass man keinen speciellen criminellen Typus oder eine bestimmte criminelle Neurosis annehmen könne. Mehr als auf zurückweichende Stirn, grobe Kinnladen, grosse Ohren, Tätowirungen giebt Verf. auf gewölbte enge Gaumen, Herzkrankheiten, tuberculöse Affectionen,

Nachwirkungen von Syphilis und Unmässigkeit, was sich Alles häufig bei Verbrechern finde.

Ein Vergleich zwischen italienischen und englischen Verbrechern dürfe nicht gemacht werden. Italien habe kein Broadmoor. Vor Jahren kam ein italienisches Comite zu dem Schluss, dass die Zahl der Geisteskranken in italienischen Gefängnissen sehr gross sei, die italienische Bevölkerung betrachte strenge Bestrafung mit grosser Härte, in Folge davon lebten zahlreiche Verbrecher mit lebenslänglicher Strafe, und unter diesen wahrscheinlich manche Geisteskranke, zusammen. Abgesehen von Rassenverschiedenheiten dürften daher Beobachtungen fremder Irrenärzte nicht auf englische Verbrecher übertragen werden. Zu der grössten Täuschung gebe die Berechnung der Geisteskranken zum durchschnittlichen Bestande der Gefangenen Anlass. Dieser betrug in England in dem Jahre, das mit dem 31. März 1895 schloss, 14229. Die Zahl der als geisteskrank festgestellten Gefangenen betrug 389. Demnach wären auf 10000 Gefangene 273 Geisteskranke gekommen oder 1 auf 37. — In dem Jahre fanden 159870 Aufnahmen in die Gefängnisse statt. Von diesen waren 74666 zum 1. Mal, und 85204 zum wiederholten Mal aufgenommen. Wie viele von diesen wiederholten Aufnahmen dem betreffenden Jahr als vorhergehende Aufnahme angehörten, und wie viele Personen sie betrafen, lässt sich nicht feststellen. Bei der für diese Berechnung ungünstigsten Annahme, dass bei allen die vorhergehende Zuführung in demselben Jahre stattgefunden habe, würden sie etwa 25000 Individuen darstellen (? Ref.). Die Gesammtaufnahmen würden daher etwa 100000 Personen betreffen.

Darnach würden auf 10000 Gefangene 38,9 Geisteskranke kommen, was ungefähr der Verhältnisszahl der Geisteskranken in Irland entspreche, die die von England etwas überrage. Wenn man die Verhältnisszahl nur zu den 1. Aufnahmen berechne, so kommen auf 10000 52. Hiernach ergiebt sich der Irrthum bei der Berechnung zum durchschnittlichen Bestande.

Die Tabelle I giebt die Formen und einige andere Beziehungen der geisteskranken Gefangenen an. Von 389 (281 M. 108 Fr.) litten an angeborener Imbecillität, ohne Epilepsie 21 (17 M. 4 Fr.), mit Epilepsie 5 (5 M.), an epileptischer Geistesstörung 16 (14 M. 2 Fr.), an allgemeiner Paralyse 32 (31 M. 1 Fr.), an Manie, und zwar acuter 46 (29 M. 17 Fr.), a potu 7 (5 M. 2 Fr.), chronischer 13 (8 M. 5 Fr.), recurrenter 45 (30 M. 15 Fr.), an Melancholie 84 (51 M. 33 Fr.), an Paranoia mit Argwohn und Verfolgung 21 (18 M. 3 Fr.), an Geistesstörung mit Sinnestäuschungen 41 (31 M. 10 Fr.), an Dementia 47 (35 M. 12 Fr.), an Dementia sen. 11 (7 M. 4 Fr.). Bei der Aufnahme stellten sich als krank heraus 336. Die Geistesstörung zeigte sich nach der Aufnahme bei 53. Von den Gerichtshöfen wurden zur Beobachtung übergeben und als geisteskrank befunden 177. Die Geisteskrankheit war vor der Aufnahme festgestellt bei 90. Diese 90 gehören der Masse der nicht eingeschriebenen Geisteskranken an, welche umher-

vagabondiren, und deren Geisteszustand erst bei einer Gesetzesübertretung beachtet wird. Es ist nun klar, dass weder bei diesen 90, noch bei den 336, deren Geisteskrankheit bei der Aufnahme festgestellt ist, noch bei den 177, die von den Gerichtshöfen überwiesen und dann als geisteskrank befunden sind, von einem Einfluss des Gefängnisses als Ursache der Geistesstörung die Rede sein kann. Die Möglichkeit bleibt nur bei den 53, deren Geisteskrankheit nach der Aufnahme erschien. Ebenso weisen einige Formen auf das Bestehen der Geisteskrankheit vor der Aufnahme hin: Angeborene Imbecillität, angeborene Epilepsie, allgemeine Paralyse, Mania a potu, recurrirende Manie.

Nach Tabelle II bestand das begangene Verbrechen bei den 389 in Mord bei 18, versuchtem Mord bei 10, Todtschlag bei 5, Angriffen und Verwundungen bei 48, versuchtem Selbstmord bei 62. Es ist hier befremdlich, dass 46 Fälle bei Melancholie deswegen ins Gefängniss kommen. Verf. fragt, welche ursächliche Beziehung kann hier existiren bei den geisteskranken Mördern, Todtschlägern, Selbstmordsüchtigen, zwischen dem Einfluss des Gefängnisses und der Erzeugung von Geisteskrankheit? Ferner hatten von den 389 begangen sexuelle Vergehen 20, Diebstahl 65 darunter 18 Paralytiker, Einbruch 11, Brandstiftung 5, böswillige Beschädigung 22, Vagabundage 32, Betrug 12, Trunk 33, andere kleinere Vergehen 46. — Zu bemerken ist noch die Heftigkeit der Epileptiker, deren 21 Fälle bei den 4 erstgenannten Verbrechenskategorien 9 stellen, und die der Hallucinanten, die bei 41 Fällen 12 stellen.

Tabelle III enthält die Ursachen der Geistesstörung (in jedem Fall nur 1). In 122 Fällen war sie unbekannt, angegeben demnach in 68 pCt. Psychische Ursachen figuriren 41 mal, dann Trunksucht 49 mal, Onanie 8 mal, Syphilis 6 mal, Sonnenstich 4 mal, hohes Alter 11 mal, Kopfverletzung 3 mal, Struma 3 mal, Erblichkeit 12 mal, frühere Anfälle 70 mal etc.

In den 53 Fällen, in denen die Geisteskrankheit erst nach der Aufnahme hervortrat, zeigte sie sich nach Tabelle IV 7 mal in der 1. Woche, 6 mal in der 2., 7 mal in der 3.—4. Woche, 16 mal in 2—3 Monaten, 12 mal in 4—6 Monaten, 5 mal in 7—10 Monaten. Verf. sagt: In einigen Fällen stört zweifellos die Gefangenschaft das Gleichgewicht des Nervensystems, besonders bei schwacher und labiler Organisation. Dazu kommt der geistige Druck bei Erwartung des Verhörs, der gerichtlichen Proceduren, nachher die Reaction. Verf. hat ferner einige Fälle von Melancholie gesehen, wenn der Gefangene über seine trostlose Zukunft, die lange Gefängnisstrafe brütete, und von Geistesstörung mit Hallucinationen bei fortgesetzter Selbstprüfung, wie sie von der Zellenhaft fast untrennbar ist. Diese Fälle sind aber selten und erstrecken sich auf eine Reihe von Jahren.

Die Arbeit erstreckt sich nur auf wirklich Geisteskranke, nicht auf Geistesschwache, die nicht in gesetzlichem Sinne geisteskrank sind.

44. Bericht der Inspectoren für Geisteskranke in den Districts-, Kriminal- und Privat-Irrenanstalten von Irland 1895. (Journ. of ment. science Juli.)

Der Bericht erstreckt sich auf das Jahr 1894.

Am 1. Januar 1895 wurden in allen Anstalten 17655 (9121 M., 8534 Fr.) Geisteskranke verpflegt, davon in Districts-Asylen 12771, zu Dundrum 161, in Privat-Asylen 646, in Arbeitshäusern 4076, im Gefängniss 1. Der Zuwachs im Jahre 1894 gegen das Jahr vorher betrug 379, gegen 152 im vorigen Jahr und 330 im Durschnitt der letzten 10 Jahre, und zwar 337 in den Districtsasylen, 32 in Arbeitshäusern. Am 31. Dec. 1880 betrug die Zahl der verpflegten Geisteskranken 12982, mithin seitdem eine Zunahme von 4673. In derselben Zeit sank die Bevölkerung Irlands von 5,202,648 auf 4,600,599 Einwohner.

Es folgt dann eine Erörterung der Frage über die Zunahme der Geisteskrankheiten, die nichts Neues bietet, so dass auf den vorigjährigen Bericht verwiesen werden kann.

Neu ist die folgende Tabelle, welche die Vertheilung der bei den Volkszählungen 1871, 1881 und 1891 ermittelten Geisteskranken auf die einzelnen Altersstufen angiebt. Von 1000 Geisteskranken kamen auf die Altersstufe von

	1871	1881	1891
0—15 Jahren	72	52	36
15—25 -	158	134	118
25—45 -	448	450	426
45—65 -	258	285	334
65 Jahren und mehr	64	79	86

Hier zeigt sich in den späteren Zeiten ein Zurücktreten der jüngeren, ein Ueberwiegen der älteren Altersstufen. Dies spricht für Anhäufung, nicht für eine grössere Zahl frischer Erkrankungen.

In die Districtsasyle wurden aufgenommen 3229, darunter waren 2448 erste und 781 wiederholte Aufnahmen. 1309 wurden genesen entlassen = 40,5 pCt. der Aufnahmen. 1108 starben = 8,8 pCt. vom durchschnittlichen Bestande. In 287 Fällen wurden Sectionen gemacht, was einen bedeutenden Fortschritt darstellt. Es wird beklagt, dass die höchste Behörde, the Privy Council (der Geheime Rath) die Bedeutung der Sectionen für die Sicherheit der Kranken und den Fortschritt der wissenschaftlichen Erkenntniss nicht erkennt. Die neuen Verordnungen bedrohen sie sogar mit Strafe, ausser wenn sie an nicht zurückgeforderten Kadavern gemacht werden.

5 Selbstmorde kamen vor. 1 Kranker erstickte an Verstopfung des Schlundes mit Speisen. 1 Kranker im Richmond-Asyl erhielt Nachts einen Bruch des Sternums, mehrerer Rippen und der Leber. Ein Wärter wurde angeklagt aber freigesprochen.

Es folgen die gewöhnlichen Erörterungen über Ueberfüllung, Erweiterung, Neubauten von Anstalten etc.

Dann ist von gesundheitswidrigen Verhältnissen die Rede, verschuldet durch mangelhaftes Trinkwasser und Bodendrainage. Auf diese Schädlichkeiten werden epidemische Krankheiten in einer Reihe von Anstalten zurückgeführt, so im Castlebar-Asyl Epidemien von „Fieber", welche von Jahr zu Jahr auftreten, in Maryborough Epidemien von Dysenterie und Typhoidfieber, ferner eine Epidemie von Typhus in Killarney mit 5 Erkrankungen und 1 Todesfall. Die Ansteckungsquelle wurde hier nach aussen verfolgt, ebenso für eine Epidemie von Erysipelas in Mullingar Asyl mit 12 Erkrankungen und 4 Todesfällen. In Richmond Asyl (bei Dublin) herrschten Dysenterie und Diarrhöe und im Herbst Windpocken. Bemerkenswerth war in dieser Anstalt eine Epidemie von Beri-Beri, welche von Anfang Mai bis November herrschte. Es erkrankten 152 Geisteskranke, starben 25, nicht befallen wurden Wärter, Beamte, Aerzte, deren Familien etc. Es wurden Geisteskranke mit kurzer und langer Aufenthaltsdauer, junge und alte, Männer und Weiber ergriffen. Die Krankheit erschien in ihrer acuten und chronischen Form. Die Ueberfüllung wird als günstiger Nährboden betrachtet. Weiteres findet sich nicht darüber angegeben.

Die Unterhaltungskosten betrugen in den Dystrictsasylen pro Jahr 22 Pfund 2 Schill. 6 d pro Kopf (8½ Mark pro Woche). Der Preis schwankt zwischen 27 Pfund 11 d und 17 Pfund 2 Schill. 9 d.

Beim Criminal Asyl zu Dundrum wird der günstige Einfluss der Bezahlung der Arbeit auf die Bereitwilligkeit zu derselben, und der dadurch herbeigeführte günstige Einfluss auf den Zustand der Kranken angeführt. — Die anwachsende Zahl der Geisteskranken in Armenhäusern wird bedauert. — Als 2 grosse Mängel in Irland werden bezeichnet die fehlenden Einrichtungen für die Mittelklassen und die Abwesenheit einer nationalen Erziehungsanstalt für Idioten und Imbecille.

Als Haupthindernisse für den Fortschritt des Irrenwesens in Irland werden erwähnt die unaufgeklärte öffentliche Meinung und die büreaukratisch eingerichtete Verwaltung des Irrenwesens mit den verschiedenen Behörden: Privy Council, Boar of Control, Asylum Governors, Inspectoren und Anstalts-Directoren. Die beiden Letzteren, auf die es ankommt, entbehren der Initiative und Selbständigkeit.

Der 50. Bericht der Commissioners in Lunacy, England, 17. Juli 1896 (The journal of mental science Januar 1897).

Der Bericht umfasst das Jahr 1895.

Ein Referat über diesen Bericht nach dem „Lancet" findet sich in dieser Zeitschrift 53. Bd. S. 891 von *Schlangenhausen*, auf das hiermit verwiesen wird. Es wird wieder, wie in jedem Bericht der letzten Jahre, die Frage der wirklichen oder nur scheinbaren Zunahme der Geisteskranken

in England erörtert. Sie ist in diesen Referaten, der Ansicht des Berichterstatters des Journ. of m. sc. folgend, vorwiegend in letzterem Sinne beurtheilt und die Gründe dafür angegeben. In *Schl.*'s Referate ist die entgegengesetzte Ansicht vertreten.

Einige Bemerkungen, welche dem Ref. (*Tigges*) von praktischem Interesse erscheinen, mögen noch aus dem J. of m. science mitgetheilt werden. — Die Bewilligung von 4 Schilling pro Kopf und Woche für in Asylen verpflegte Arme hat, wie die Commiss. ausführen, veranlasst, dass Viele, die sehr wohl in Arbeitshäusern verpflegt werden können und bis dahin verpflegt wurden, in Asyle geschickt wurden und diese überfüllen. Es wird nun vorgeschlagen, die 4 Schill. pro Kopf auch für die in Arbeitshäusern Verpflegten, mit Auswahl zu bewilligen, nachdem in diesen die passenden Einrichtungen gemacht sind. —

Es wird ausgeführt, dass eine zuverlässige Zählung der Geisteskranken nur gelegentlich der Volkszählung ausgeführt werden kann, wo jede Person von kranker Geistesbeschaffenheit aufgeführt wird, mag sie officiell als solche bekannt sein oder nicht.

Die Zahl der freiwilligen Aufnahmen ist gegen das Jahr vorher um 30 zurückgegangen. Von 219 solchen, die in einregistrirte Hospitäler aufgenommen waren, wurden 95 = 43 pCt. als Geisteskranke mit Certificat versehen.

Es waren in politischen Zeitungen Angriffe gegen das Halloway Sanatorium erfolgt. Einer von den Fällen wird mitgetheilt. Eine weibliche Kranke, welche in den Büchern des Hospitals seit mehreren Jahren war, wurde versuchsweise 1892 entlassen und starb an Phthisis April 1893, ohne dass über den Tod der vorgesetzten Behörde eine Notiz eingesandt wurde. Im April 1894 fand sich der Name dieser Kranken auf der Liste der Specialberichte und die vorschriftsmässigen Certificate wurden eingesandt, in denen sie bezeichnet wurde als melanchol., glaubt die Welt ruinirt zu haben, als mangelhaft ernährt, noch als geisteskrank und fortwährender Fürsorge bedürftig. Im April 1895 wurde die Fortsetzung des Urlaubs beantragt und bewilligt: im August wurde der Tod während des Urlaubs berichtet. Die Untersuchung stellte den Sachverhalt klar. Der Staatsanwalt lehnte den Antrag auf gerichtliche Verfolgung ab, es blieb bei einem Verweise etc.

Jede von den 72 Privatanstalten (licensed houses) ist von den Visiting commis. im letzten Jahre (1895) besucht und dieser jährliche Besuch auch künftig in Aussicht genommen. Der Berichterstatter hält dies, sowie die Veröffentlichung der erhobenen Befunde für das beste Mittel, um das Misstrauen und die gehässigen Angriffe gegen die Privatanstalten, wie sie vielfach vorkommen, zu mildern. Er hält die Privatanstalten einer kräftigern moralischen Unterstützung Seitens der Comm. werth. Es sind übrigens nur 4,4 pCt. der mit Certificat versehenen Geisteskranken in Privatanstalten.

38. Annual report of the General Board of Commissioners in lunacy for Scotland 1896. (The journal of mental science. Januar 1897.)

Der Bericht bezieht sich auf das Jahr 1895. Am 1. Januar 1896 betrug die Zahl der registrirten Geisteskranken 14093, 214 mehr als im Jahre vorher, während damals die entsprechende Zunahme 552 war. Während die geschätzte jährliche Zunahme der Bevölkerung 0,75 pCt. beträgt, betrug die der registrirten Geisteskranken 1894 4,2 pCt. und 1895 1,6 pCt. Dieselbe Erscheinung zeigte sich bezüglich der Aufnahmen. Auf 100,000 der Bevölkerung wurden neu registrirt 1894 59,3 Geisteskranke, 1895 56,0.

Am 1. Januar 1896 waren untergebracht in

Königl. und Districtsasylen	8293
Privat-Asylen	144
Gemeinde-Asylen	1614
Irrenabtheilungen der Armenhäuser	426
Privatpflege	2811
Irrenabtheilung des allg. Gefängnisses	57
Idiotenanstalten	296.

Von der Gesammtsumme von 14093 waren 6589 M., 7504 Fr. Die Zunahme in Anstalten betrug 193, in Privat-(Familien-)Pflege 21, darunter waren 50 Privat- und 164 arme Kranke.

Die Genesungsziffer, berechnet zu den Aufnahmen, betrug in den Anstalten, die in den 4 ersten Zeilen genannt sind, der Reihe nach 35, 26, 46, 6 pCt.

Die Sterblichkeitsziffer, berechnet zum durchschnittlichen Bestande, betrug 1895 8,7 pCt. (gegen 6,5 von 1890—94), und zwar bei den Privatkranken 6,5 (7,6), bei den Armen 9,2 (8,7).

Die geringe Zunahme der Geisteskranken in Familienpflege (21) wird zurückgeführt auf die Beschränkung der Licens auf mehr als 2 Geisteskranke in 1 Familie, und die Verhinderung des weitern Anwachsens an den Orten, wo die Anhäufung von Geisteskranken schon ungebührlich gross war. Die Familienpflege habe zweifellos Vortheile, öconomische und andere, sowohl für die Kranken als für das Publicum. Jedoch kam ein Unglücksfall in Fifeshire vor, die Tödtung eines Kindes durch einen Kranken, ferner erhoben sich Klagen von allgemeinem Charakter über die Geisteskranken in demselben Orte. Der genannte Unglücksfall ist der einzige dieser Art in 38 Jahren bei einem Durchschnittsbestande von 2000. Ausserdem kamen in den letzten 10 Jahren „geschlechtliche Zufälle“ verschiedener Art fast jährlich unter Kranken in Familienpflege vor, in diesem Jahr nur 1, eine Frauensperson in mittleren Jahren verging sich mit einem trunkenen Schnitter. Aus Anstalten werden solche Zufälle nicht berichtet. (Kommen auch vor, Ref.)

Es folgt eine Reihe von Erörterungen über den Procentsatz der Para-

lyse an der Gesammtzahl der Todesfälle. Zunächst werden die 18 Jahre von 1858—75 den 38 Jahren von 1858—95 gegenüber gestellt. In den ersten 18 Jahren betrug der Procentsatz der Todesfälle von Paralyse an der Gesammtzahl der Todesfälle bei den M. 18,7, in den 38 Jahren 19,2 pCt., bei den Fr. waren die Sätze 4,8 und 4,7 pCt., also bei den M. in der letzten Zeit Zunahme, bei den Fr. eine geringe Abnahme. Die Procentsätze der Todesfälle an andern Formen von Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten betrugen in denselben Perioden bei den M. 28,8 und 28,7, bei den Fr. 27,3 und 27,4. — In den beiden Jahrfünften des letzten Jahrzehnts betrug der Antheil der Todesfälle an Paralyse an der Gesammtzahl der Todesfälle bei den M. von 1886—90 19,3 pCt., von 1890—95 21,4 pCt. Bei den Fr. waren die Zahlen 5,1 und 3,6 pCt., also in der letzten Zeit bei den M. eine Zunahme von 2,1, bei den Fr. eine Abnahme von 1,5 pCt. Für beide Geschlechter zusammen betrugen die Zahlen 12,4 und 12,9 pCt.

Die Zunahme der Paralyse in der letzten Zeit bei den M., die Abnahme bei den Fr. erreichen ihr Maximum bei den Privatkranken. In *Murray*'s Asyl (die einzige öffentliche Anstalt, welche nur Privatkranke aufnimmt), und in den Privat-Asylen kam unter den Fr. von 1890—95 kein Todesfall an Paralyse vor, während der Procentsatz von 1886—90 6,6 und 2,9 betrug. Die M. zeigten in der letzten Periode (1891—95) einen Zuwachs von 21,3 resp. 3,9. Die nächst grösste Zunahme unter den M. zeigten die Gemeinde-Asyle, welche ihre Aufuahmen aus den grossen städtischen Centren, Glasgow etc. beziehen. Die M. steigen in ihnen von der 1. zur letzten Periode von 21,1 auf 24,9, die Fr. von 5,4 auf 5,5.

Das Anwachsen der Todesfälle an allgemeiner Paralyse findet sich nur in den Anstalten, welche einen hohen Satz für Paralyse haben, während die Anstalten mit wenig Paralyse nur eine geringe Veränderung, und diese in der Richtung der Abnahme zeigen. So haben die Anstalten mit einem durchschnittlichen Satz von 24,8 pCt. in den letzten 10 Jahren, vom 1. bis zum letzten Jahrfünft ein Anwachsen von 22,6 zu 26,7 pCt., während die Anstalten mit einem durchschnittlichen Satz von 13,8 pCt. in den letzten 10 Jahren, von dem 1. bis zum 2. Jahrfünft ein Fallen von 15,6 auf 15,5 haben. Die 1. Reihe enthält die städtische und industrielle, die 2. die ländliche und Hochland-Bevölkerung.

Es folgen noch einige Vergleiche zwischen Schottland und England. In letzterem betrugen die Todesfälle an allgemeiner Paralyse 20 pCt. aller Todesfälle, in Schottland 13,4. Auf jede paralytische Frau kamen paralytische Männer in England 3,6, in Schottland 6,4. Auf 100000 Einwohner kommen in England 314 arme Geisteskranke, in Schottland 330. In England sind 10 pCt. aller Armen geisteskrank, in Schottland 19.

Der 45. Bericht der Inspectoren für Geisteskranke, Irland (für das Jahr 1895). (The journal of mental science. Januar 1897.)

Am 1. Januar 1896 wurden in allen Anstalten 18357 Geisteskranke

(7287 M., 6045 Fr.) verpflegt, davon in Districts-Asylen 13382, in Dundrum 163, in Privat-Asylen 663, in Arbeitshäusern 4112. Es kommt dies Jahr eine neue Rubrik dazu: Einzelne Gerichts-(Chancery-)Kranke in nicht licensirten Häusern 86. Mit Ausschluss der letzteren waren 616 Kranke mehr vorhanden, als vor 1 Jahre, 348 mehr als im Durchschnitt der letzten 10 Jahre. Diese Zunahme entspringt nicht einer Zunahme der Aufnahmen, welche (mit Ausschluss der Aufnahmen in Arbeitshäuser, über welche keine Nachrichten vorliegen) ein Minus von 7 gegen 1894 aufweisen, sondern eine Abnahme der Entlassungen und Todesfälle, welche 70 resp. 169 beträgt. — In den Districts-Asylen betrug die Zunahme des Bestandes im Jahre 1895 561. Die Zahl der Aufnahmen war in ihnen 3216, 13 weniger als im vorigen Jahr. Die Zahl der 1. Aufnahmen war 2458, 10 mehr als 1894, jedoch dieselbe Ziffer wie 1893. Auf 10000 Einwohner wurden zum ersten Mal aufgenommen 1893, 1894 und 1895: 5,37 — 5,32 — 5,32, also keine Veränderung. Die Zahl der Genesungen zu den Aufnahmen betrug 39,3 pCt. Diese Genesungsziffer im Durchschnitt von allen Anstalten ist ziemlich constant, schwankt aber nach Orten und Zeiten, so betrug sie 32,5 in Armagh und 56,4 in Killarney. Hier jedoch war sie 1890 und 1891 22,1 und 21,3. Verf. ergeht sich dann über das subjective Moment bei Feststellung der Genesungen, so bei Entlassung von Epileptikern, deren Manie in der Anstalt geschwunden ist. Für eine lange Reihe von Jahren schwankte das Genesungsprocent um 40 herum. Aehnlich ist es in englischen Anstalten. In den Grafschafts- und städtischen Asylen betrug hier von 1879—88 die Genesungsziffer 40,16, von 1886—1895 39,19. Verf. meint, es sei entmuthigend, dass mit dem enormen Fortschritt in den letzten 30 Jahren in der Behandlung der Geisteskranken auf psychischem und physischem, hygienischem, diätetischem, medicinischem, selbst chirurgischem Gebiete, das grosse Ziel, die vermehrte Heilbarkeit nicht erreicht worden sei. Irland, welches so weit hinter England in der Fürsorge für wissenschaftliche Behandlung steht, liefert eben so hohe, wenn nicht höhere Genesungsprocente. Die Natur der aufgenommenen Fälle sei natürlich wichtig.

Die Sterbeziffer, berechnet zum durchschnittlichen Bestand, betrug 7,1 pCt. gegen 8,8 in 1894. Die Abnahme erfolgt namentlich bezüglich der Schwindsucht, besonders beim weiblichen Geschlecht. Die Zahl der an Schwindsucht Gestorbenen betrug 257 (128 M., 129 Fr.) gegen 1894: 324 (M. 139 Fr. 185). Die Zahl der an Phthisis Gestorbenen beträgt für die gesammte Bevölkerung von Irland 11—12 pCt. von allen Todesursachen. Sie schwankt in den einzelnen Asylen sehr. So haben Armagh und Waterford nur $6^1/_2$ pCt. den höchsten Satz hat Kilkenny Asylum mit 47 pCt. Von diesem sagt der Insp.-Bericht: Die Beköstigung ist viel unter derjenigen in andern ähnlichen irischen Anstalten. An 4 Tagen in der Woche besteht das Mittagessen aus Brod, Butter und Cacao.

Die allgemeine Paralyse nimmt zu. Während in den 5 Jahren vor 1895 durchschnittlich 25 Fälle vorkamen, betrug die Zahl 1895 39, von

denen 16 in Richmond Asylum. Verf. lässt es dahin gestellt, ob die Zunahme nur scheinbar sei wegen besserer Diagnose.

Von den 933 Todesfällen wurden in 231 Fällen Obductionen gemacht, in einer Reihe von Anstalten gar keine. In 2 von den letzteren existirte nicht einmal ein Assistenzarzt, entgegen den gesetzlichen Bestimmungen. Von 3216 Aufnahmen erfolgten 2451 in Folge von Verhaftsbefehl, gegen welches Verfahren wieder geeifert wird. — 3 Todesfälle erfolgten durch Selbstmord, 2 durch Unglücksfall.

Es folgen die gewöhnlichen Klagen über Ueberfüllung, hygienische Mängel (s. Richm. As. im vorigen Bericht), Erweiterungs-Neubauten, Verurtheilung des Systems der Verwaltung des Irrenwesens in Irland etc.

Einige Anstalten werden gelobt, andere getadelt, unter den letzteren Castlebar. Von der Beköstigung wird gesagt, dass das Mittagessen 3 Tage in der Woche aus Hafer- und Gerstensuppe, und 3 Tage aus sogenannter Fleischsuppe bestehe, die aber geeigneter bezeichnet würde als schmierige Brühe mit Zusatz eines kleinen Stücks von minderwerthigem und schwer verdaulichem Fleisch.

Die Durchschnittskosten pro Kopf betrugen 1895 22 Pfund 9 Schill. 8 d. die Woche. Das Maximum hatte Richmond Asylum mit 30 Pfund 18 Schill. 8 d., das Minimum das genannte Castlebar mit 18 Pfund 10 Schill. 9 d.

Spence, Pauper Lunacy in its statistical and social relations to ordinary Pauperismus. (The journal of mental science. Januar 1895.)

Es ist ein Bericht über die obige Arbeit aus der Scottish Review. *Spence* behauptet, dass der nicht geisteskranke oder gewöhnliche Pauperismus ganz verschieden von dem sei, der unsere Anstalten füllt. Er zeigt, dass 1. von 1873—1893 die Gesammtzahl der Armen in Schottland abgenommen hat von 31 auf 23 pro Mille; 2. von 1868—93 die Zahl der gewöhnlichen Armen um 38 pCt. abgenommen, während die der armen Geisteskranken um 90 pCt. zugenommen hat. 3. Im Verhältniss zur Bevölkerung hat die Zahl der gewöhnlichen Armen um 50 pCt. abgenommen, während die Zahl der armen Geisteskranken um 52 pCt. in derselben Zeit zugenommen hat. 4. In derselben Zeit haben die Gesammtkosten für gewöhnliche Arme um 9 pCt. abgenommen, während die für arme Geisteskranke um 126 pCt. gewachsen sind. 5. Die Kosten für gewöhnliche Arme pro Kopf haben um 46 pCt., die für arme Geisteskranke um 19 pCt. zugenommen.

Die Kosten betreffen nur die Unterhaltung. Für die geisteskranken Armen kommen hinzu die Auslagen für die vielen neuen Asyle, während die Gebäude etc. für die gewöhnlichen Armen fast stationär geblieben sind. Rechnet man für die ersteren den Betrag für Zinsen und Amortisation hinzu, so wird der Gegensatz um so grösser.

Der Grund, dass die Zahlen der beiden Kategorien so auseinander gehen, beruht darin, dass der arme Geisteskranke grossen Theils einer andern Bevölkerungskategorie angehört, als der gewöhnliche Arme. Die Armuth des ersteren ist zufällig, durch die Geisteskrankheit bedingt. Dem Geisteskranken als einem unproductiven Mitgliede kann die Familie die geeignete Unterhaltung und Behandlung nicht gewähren. Verf. nimmt an, dass der arme Geisteskranke aus einem Gebiete von 80 pCt. der Bevölkerung sich rekrutirt, weil nach dem letzten Census 85 pCt. der Bevölkerung in Wohnungen von nicht mehr als 4 Zimmern wohnten. — Die grossen Kosten für Distrikts- und Grafschafts-Asyle erscheinen in einem andern Lichte durch den Umstand, dass sie der Pflege und Behandlung von Geisteskranken dienen, die mehr als $^4/_5$ der Bevölkerung des Landes angehören.

Chapman, Insanity is decreasing: A statistical item suggesting that. (Journ. of m. science. Jan.)

Es schien dem Verf. schon länger, dass die jährliche Zunahme der Geisteskranken in Asylen, so weit sie über die Bevölkerungszunahme hinausging, zu beziehen sei auf die leichteren Fälle (d. h. von weniger heftigem Aeussern) von acuter und verschiedenen Formen von chronischer, seniler Geistesstörung, sowie von degenerativen Störungen, die heut zu Tage mehr in Asyle gesandt werden. Hierüber geben die statistischen Zahlen keine Auskunft. Es spricht in diesem Sinne die öfter gemachte Bemerkung, dass acute Manie weniger, Melancholie mehr vertreten sei als früher. Es giebt keine Statistik, welche die frisch aufgetretenen Fälle von Geistesstörung, die acuten, von den chronischen und recurrenten Fällen scheidet. Die allgemeine Paralyse ist allerdings ausgeschieden. Aber diese eine Form von acuter Geisteskrankheit (insanity), welche keine Geisteskrankheit (insanity) ist, gehört zu einer andern natürlichen Ordnung von Krankheiten, als die von uns als Geisteskrankkeiten betrachteten. Ihre bemerkenswerthe geographische Vertheilung und ihr speciell städtischer Charakter zeigen ihre Verschiedenheit von den andern Geisteskrankheiten. Sie nimmt zu wegen des mehr und mehr städtischen Charakters unserer Bevölkerung. Es ist aber kein Grund vorhanden, dies auch für die wirklichen Geisteskrankheiten anzunehmen. Da die jährlichen Aufnahmen aus obigen Gründen zur Entscheidung der Frage der Zunahme der Geisteskrankheiten ihre Mängel haben, so wendet sich Verf. den jährlichen Genesungen zu. Diese müssen in hohem Grade abhängig von und proportional zu den jährlich frisch entstehenden Fällen von Geisteskrankheit sein. Ihre Zahl wird durch 2 Factoren beeinflusst werden, zunächst durch die wachsende Bevölkerungszahl. Dieser wird die entsprechende Genesungszahl im Grossen und Ganzen folgen. Der 2. Factor wird bedingt durch die wachsende Aufnahme milder Fälle und durch die Genesungen von recurrenten Fällen. Dieser 2. Factor wird mit dem 1. nicht immer parallel gehen, und seinen Einfluss daher öfter trüben. Die Zahl der jährlichen Genesungen muss

daher die Schwankungen der jährlich entstehenden Geisteskrankheiten wiedergeben.

Es scheint ferner dem Verf., dass die Ursachen der Geisteskrankheiten, mit Ausnahme der Erblichkeit, und speciell die wirksamsten, genau dieselben wie die der andern Krankheiten sind. Es wäre daher zu erwarten, dass der sanitäre Fortschritt des letzten Viertel-Jahrhundert, wie manche andern Krankheiten, auch die neu entstehenden Geisteskrankeiten günstig beeinflusst habe. Ein guter Maassstab der öffentlichen Gesundheit ist anerkanntermaassen die Sterblichkeitsziffer.

Verf. vergleicht daher die Zahl der jährlichen Genesungen von allen Asylen etc. von England und Wales der letzten 30 Jahre mit der Sterblichkeitsziffer von England und Wales während derselben Zeit. Er bringt eine Tabelle über beide bei und construirt aus diesen Curven in eigenthümlicher Weise. Die Horizontallinie bildet die Ordinate für die einzelnen Jahrgänge. Da die Ziffer der Genesungen im Verlauf der Jahre ansteigt, die Sterbeziffer fällt, so hat er einen parallelen Verlauf der Abscissen dadurch herbeigeführt, dass er sie auf diagonalen Linien von entgegengesetztem Verlauf aufträgt, die Sterbeziffer auf ansteigenden von links unten nach rechts oben, die Genesungen auf absteigenden von links oben nach rechts unten. Referent hält die Tabelle für sicherer zur Vergleichung als die Curven. Ein Vergleich der Curven zeigt sofort parallele Schwankungen, zuweilen sehr bemerkbar und schlagend, an andern Punkten nicht in dem Maasse. Der Parallelismus fehlt weniger häufig. — Die Influenza-Epidemien der letzteo Jahre haben ein ausgeprägtes Ansteigen beider Curven gebracht. — Das Ansteigen der Genesungs-Curve tritt mehrfach, so auch bei der Influenza 1 Jahr später ein, als das der Sterblichkeits-Curve. Dies erklärt sich daraus, dass die Geistesstörungen erst nach überstandener Influenza, und die Genesungen noch später eintraten.

Verf. stellt dann die Jahrgänge zusammen, welche für die Sterbeziffer und die Genesungsziffer einen Anstieg und dann die, welche einen Abfall zeigen. Die Genesungsziffer zeigt ihre Schwankung in demselben Jahr, wie die Sterbeziffer, oder zum Theil 1 Jahr später. Es tritt dieser Parallelismus zum grössten Theil auch an den Zahlen der Tabelle hervor. — In einigen andern Fällen fehlt der Parallelismns.

Für die Jahre 1875—86 weichen die Curven sehr auseinander, indem die Genesungs-Curve viel höher steht. Verf. meint, die Anschwellung der Genesungs-Curve hier sei veranlasst durch den Staatsbeitrag von 4 Schilling für jeden armen Verpflegten. Da jedoch die Tabelle hier einen regelmässigen Gang ergiebt, so hängt jene Erscheinung mit der Eigenthümlichkeit der Curven-Construction zusammen.

Durch die sanitären Verbesserungen ist in den letzten 30 Jahren die Sterbeziffer in England von 23,4 pro mille auf 16,6 also um 30 pCt. gesunken. Wegen des nachgewiesenen Parallelismus der Sterblichkeits- und der Genesungs-Curve hat Verf. keinen Zweifel, dass dieser günstige Einfluss sich

auch bezüglich Verringerung der Geisteskrankheiten geltend gemacht habe. Er könne allerdings getrübt, mehr oder weniger aufgehoben worden sein durch den genannten Factor, durch die Aufnahme milder, chronischer, rückfälliger Fälle. Verf. ist der Meinung, dass in der That der Mensch jetzt durchschnittlich weniger zur Geistesstörung disponirt ist, als vor 30 Jahren.

Die Idee dieser Untersuchung ist ja neu, die Resultate vielfach interessant. Zur Kritik liegt mehrfacher Anlass vor. Die Genesungen sind nicht so bestimmte Grössen, um ein gutes statistisches Material abzugeben. Die Paralyse und andere Geistesstörungen, die nicht zur Genesung führen, finden keine Berücksichtigung. Bei der Tabelle ist zu bemängeln, dass die Genesungen nicht auf 10000 der Bevölkerung reducirt sind. Die eigenthümliche Construction der Curven giebt zu Täuschungen Anlass.

Babcock, **The colored insane. (The Alienist and Neurologist. 1895 October.)**

Unter farbigen Geisteskranken versteht Verf. alle mit Abstammung von Negern, mögen sie Vollblut oder Halbblut sein. Der Behauptung von *Witmer* (s. Literaturbericht vom 1. Halbjahr 1891), dass in Amerika es keine Vollblutneger mehr gebe, widerspricht er: Unter den 192 Negern seiner Anstalt (Süd-Carolina) seien 78 = 40 pCt. Vollblutneger.

Nach dem Zeugniss von Reisenden und Eingebornen sollen Geistesstörungen fast unbekannt sein unter den wilden Stämmen von Afrika. Unter den Sklaven der Südstaaten scheinen sie auch nach der Erfahrung einiger Beobachter sehr selten gewesen zu sein. Seit der Emancipation haben sie angeblich zugenommen. So betrug die verhältnissmässige Zahl der farbigen Geisteskranken nach dem Census von 1850 und 1860 nur 1/5 von der Zahl der weissen Geisteskranken, 1870 1/3 und 1880 und 1890 die Hälfte. Nach dem Census-Bericht waren Geisteskranke vorhanden bei der farbigen Bevölkerung der 27 St.:

1850	638 = 175	auf 1 Million farb. Einwohner
1860	766 = 169	- - - -
1870	1822 = 367	- - - -
1880	6157 = 912	- - - -
1890	6766 = 886	- - - -

Nach den beiden letzten Zählungen waren Geisteskranke in den verschiedenen Gebieten des Landes, in den

	1880	1890
nördlichen Staaten	1 : 545 Einwohner	1 : 542 Einwohner
districts und territories	1 : 680 -	1 : 376 -
südlichen Staaten	1 : 1235 -	1 : 1364 -

Die anscheinend rasche Zunahme der Geisteskrankheiten unter den Negern nach ihrer Emancipation wurde von den Asyl-Directoren schon im

Jahre 1867 wahrgenommen. *Galt* berichtet 1848, dass die farbigen Sklaven verhältnissmässig seltner geisteskrank wurden, als die freien Farbigen, und seltner als die Weissen. Es werden dann die Gründe angeführt, welche diesen Schutz der Sklaven bewirken sollen. Sie sind im Wesentlichen die von *Witmer* angeführten und l. c. vom Referenten besprochenen.

Verf. bringt dann einige Zahlen bei über die Ursachen der Geisteskrankheiten von dem Asyl von Virginia (3052 Fälle in 25 Jahren) und Süd-Carolina (1142 Fälle in 13 Jahren). Sie sind:

	Virginia	Süd-Carolina
Alkohol. Ausschweifung	6,224 pCt.	3,94 pCt.
Erblichkeit	2,62 -	14,8 -
Religiöse Erregung	5,70 -	8,49 -
Schläge auf den Kopf	2,29 -	2,18 -
Syphilis	0,983 -	0,7 -

Verf. fragt: Ist die Zunahme der Geisteskranken bei den Negern wirklich oder nur scheinbar? Er bringt zunächst einige Details bei. Das Tenessee Hospital für geisteskranke Neger wurde im Jahre 1865 eröffnet. In den folgenden 9 Jahren wurde eine Zunahme, in den dann folgenden 8 Jahren eine Abnahme der Geisteskrankheiten unter den Negern beobachtet. Man schloss auf eine Zunahme in Folge der veränderten Lebensbedingungen. — Alle farbigen Geisteskranken, für welche bis dahin von ihren Herren gesorgt war, wurden nach ihrer Emancipation Objecte der Grafschafts- und Staatsfürsorge. Daher zog im Jahre 1867 das Verlangen nach Aufnahme der farbigen Geisteskranken die Aufmerksamkeit der Asyl-Directoren auf sich. In das Süd-Carolina-Asylum wurden in den 10 Jahren bis zum 1. November 1894 1531 farbige Geisteskranke aufgenommen, im 1. Jahre 151, im letzten 149, im Durchschnitt 153. Die 1. Anfälle betrugen in den 10 Jahren 1024, im 1. Jahre 91, im letzten 106, im Durchschnitt 102. Da alle Kranken, für die Anträge gestellt wurden, aufgenommen wurden, so bedeutet dies mit Rücksicht auf die Zunahme der farbigen Bevölkerung, keine Zunahme der Geisteskranken. Dies Resultat gilt auch nach den oben angeführten Zahlen für die Gesammtheit der Ver. Staaten, indem 1880 912, 1890 886 Geisteskranke auf 1 Million farbige Einwohner kamen, die Zahl in den nördlichen Staaten gleich blieb, in den südlichen abnahm und nur in den Districts und Territorien zunahm. Aus dem Umstande, dass die farbigen Geisteskranken nach dem Census von 1850 verhältnissmässig den 5. Theil der weissen Geisteskranken ausmachten, 1880 und 1890 die Hälfte, ist Verf. geneigt, auf eine wirkliche Zunahme der Geisteskranken zu schliessen. Dies dürfte nicht zulässig sein. Verf. hebt selbst die Mängel der früheren Zählungen hervor, von der von 1870 sind in dem Aufsatz speciell Beweise beigebracht, von der von 1850 werden diese Mängel um so mehr gelten. Ferner ist zu bemerken, dass die Sklaven-Emancipation 1862 erfolgte, dass sich also deren nachträgliche Wirkungen besonders bis 1870 hätten zeigen müssen, während eine grössere

Vermehrung der geisteskranken Farbigen erst 1880 erfolgte, dann dass die Südstaaten von der Emancipation in 1. Linie betroffen wurden, und dass hier die Zahl der Geisteskranken viel geringer war, als im übrigen Theil der Ver. Staaten und von 1880—90 noch abnahm.

In den Ver. Staaten sank die Gesammtzahl der Geisteskranken von 1880—90 auf 1 Mill. Einw. 1833 auf 1700, bei den Farbigen von 912 auf 886. Die Gesammtzahl der Geisteskranken nahm in dieser Periode zu von 85803 auf 99779, die der Farbigen von 6156 zu 6766.

Formen der Geisteskrankheiten. Vor einigen Jahren glaubte man, dass der Neger von gewissen Formen der Geisteskrankheit frei wäre. So hat *Roberts* 1883 keinen Fall von allgemeiner Paralyse bei seinen farbigen Kranken, *Powell* 1886 keinen bei einem Vollblutneger gesehen, ebenso waren Dipsomania und Opium-Gebrauch nicht beobachtet. Weitere Beobachtungen haben alle diese Formen nachgewiesen, obgleich sie noch verhältnissmässig selten sind. — Die Manie ist um 20 pCt. häufiger als bei den Weissen, die Melancholie seltner. Selbstmord kommt nicht vor (cf. *Witmer*).

Staatsfürsorge für farbige Geisteskranke.

Vor 1861 wurden wenige Geisteskranke in die Asyle des Südens aufgenommen. Die Asyle nahmen meist eben Farbige nicht auf. In Neu-England, den mittleren und den meisten der West-Staaten, wo die Zahl der Farbigen verhältnissmässig gering war, wurden farbige Geisteskranke unter denselben Bedingungen aufgenommen und in denselben Räumen verpflegt, wie weisse. Dies gilt von Staatshospitälern und -Asylen. In Privat-Asylen des Nordens und Westens wurden Neger entweder nicht oder unter seltnen und ausnahmsweisen Bedingungen aufgenommen. — Im Süden waren $^{14}/_{15}$ der farbigen Rasse zusammengehäuft, und ist die Tendenz zur weiteren Concentration noch vorhanden. Hier drängt daher das Problem der passenden Versorgung der farbigen Geisteskranken zur Gestaltung. Verf. führt nun die Einrichtungen von einer Reihe von Staaten in ihrer historischen Entwickelung nach den Jahresberichten der betreffenden Asyle auf. Aus denselben ergiebt sich, dass vor der Emancipation freie Farbige vielfach gegen Zahlung ebenso aufgenommen und verpflegt wurden, als weisse Geisteskranke, Sklaven wurden nicht aufgenommen. Gegen 1865—66 oder etwas später tritt allgemein das Bedürfniss auf, von Staats- oder Grafschaftswegen Einrichtungen für Farbige zu treffen. Nur selten werden sie gemischt mit den Weissen verpflegt, meist von ihnen getrennt. Einestheils haben die Weissen angeblich Abneigung gegen die Farbigen, andererseits sollen sich letztere unter einander wohler fühlen. Die Verpflegung der Farbigen geschieht entweder in besonderen Räumen derselben Gebäude, oder in getrennten Gebäuden unter derselben Verwaltung oder in besondern Anstalten für Farbige. — Einige Berichte, die besonders typisch sind, mögen folgen.

Virginia. Im Anstaltsbericht des Staunton-Asyls von 1845 erklärt

Dr. *Stribling* die Vereinigung von Weissen und Farbigen in 1 Anstalt als für beide nachtheilig, am meisten für die Weissen, wegen deren Vorurtheile gegen die Farbigen schon in gesunden Tagen, welche in der Krankheit noch verstärkt seien.

Dem gegenüber wird berichtet, dass sich am 11. Mai 1846 in Williamsburg Asyl 17 freie Farbige (5 M. 12 Fr.) befanden. Die freien geisteskranken Farbigen wurden von der Eröffnung der Anstalt an unter denselben Bedingungen aufgenommen und verpflegt, als die Weissen. Es folgte dann auf Antrag ein Gesetzgebungsakt vom 16. Januar 1846, der dasselbe auch für die geisteskranken farbigen Sklaven bestimmte, so dass die Behandlung ohne Unterschied der Farbe und socialen Stellung erfolgte.

Eine neue Epoche trat 1869—70 ein, wo Howard's Grove bei Richmond, ein bis dahin bestandenes allgemeines Hospital, zu einer Staats-Irrenanstalt, ausschliesslich für farbige Geisteskranke eingerichtet wurde. Sie wurde 1885 nach Petersburg verlegt, nahm alle Farbigen des Staats auf, speciell auch die bisher in Gefängnissen verpflegten, und musste allmälig so vergrössert werden, dass 1894 939 Kranke verpflegt wurden und der durchschnittliche Bestand 802 war. 1876 waren 243 Kranke verpflegt worden.

Mississippi. Dr. *Compton*, Director von Jackson Asyl berichtet 1877, dass schon 1856 das Bedürfniss nach Anstaltsversorgung der farbigen Geisteskranken anerkannt war, jedoch ohne weitere Folge. 1870 nach Erweiterung der Anstalt, wurden eigne Räume den Farbigen überwiesen, so dass beide Rassen unter derselben Aufsicht waren. Wie stark bei den Weissen der Gegensatz gegen die Schwarzen empfunden wird, zeigt ein Ausspruch des Governors Alcorn 1870: Wenn eine Mischung der Rassen die Bedingung zur Aufnahme sein würde, so würde diese Bedingung die Weissen zu einem sehr grossen Theil ausschliessen. Die Räume jeder Rasse waren von der der andern getrennt, wie die Häuser an einer Strasse, eine Ueberschreitung des eignen Gebiets konnte nicht stattfinden. Die Aufsicht war eine gemeinsame. Im Feld und Garten arbeiteten beide Geschlechter Seite an Seite harmonisch mit einander ohne Streit und Misston unter derselben Aufsicht. So herrschte vollständige Einigkeit.

1890 baute Mississippi einen Annex speciell für die Farbigen. 1893 wurden 302 farbige Geisteskranke verpflegt bei 378 weissen.

Ohio. Dr. *Langdon* sagt 1860: Die Farbigen, die den Pensionspreis zahlten, wurden gleich den Weissen aufgenommen, die armen (5) Geisteskranken waren in Gefängnissen mit Dieben, Betrügern und Vagabunden zusammen. — 1865—66 wurde bei den Longwie Asyl ein eignes Haus für Farbige gekauft und eingerichtet. Dies wird als das 1. Asyl für farbige Geisteskranke in den Ver. Staaten bezeichnet.

1872 trat *Webb* an *Langdon*'s Stelle. Es waren in dem colored. Asyl. 29 Kranke, von denen nur 6 den Hamilton County angehörten, 23 dem

Staate. Er findet die Einrichtung für das Longwie Asyl zu kostspielig, und kein Hinderniss darin, die farbigen Geisteskranken in die Staatsanstalten ihrer Districte aufzunehmen. „In allen Anstalten, die ich besucht habe, ist kein Unterschied betreffend die Farbe gemacht. Keine Schwierigkeit ist in Betreff der Vermischung der Rassen aufgetreten. Wenn unsere städtischen Hospitäler beide Rassen aufnehmen können, so können unsere Anstalten für Geisteskranke dasselbe.“ Dazu kam die Baufälligkeit des colored Hauses. Seit 1877 werden die Farbigen in denselben Räumen mit den Weissen zusammen verpflegt.

Alabama. Im Jahre 1894 wurden $2^1/_2$ engl. Meilen von der Centralanstalt cottages errichtet für farbige Reconvalescenten und chronische Kranke, die sich mit ländlichen Arbeiten beschäftigten. Frische oder acute Fälle wurden in besondern Räumen der Centralanstalt, Alab. insane Hospital, verpflegt. Aehnlich sei es in Tuscaloosa.

Nord-Carolina. 1880 wurde ein besonderes Asyl für farbige Geisteskranke in Goldsboro bezogen. Nach dem Census von 1890 hatte der Staat 1322 weisse Geisteskranke, von denen 850 in Anstalten versorgt waren, und 410 farbige, von denen 300 in Goldsboro waren. Es war daher für die Farbigen ausgedehnter gesorgt, als für die Weissen.

Turner, John, **Statistics dealing with Hereditary Insanity, based on upwards of an Thousand Cases occuring in the Essex County Asylum. (Journal of Mental Science July.)**

Verf. geht aus von der alten Statistik *Baillarger*'s, dass der mütterliche Einfluss in Vererbung von Geisteskrankheiten mächtiger sei, als der väterliche, und dass die Geisteskrankheiten des Vaters sich mehr auf die Söhne, die der Mutter sich mehr auf die Töchter vererbe. Dieser Geschlechtseinfluss (auf Söhne und Töchter) stimme mit *Darwin*'s Annahme überein. *Brigham* in New-York macht ähnliche Angaben: 79 geisteskranke M. hatten 42 geisteskranke Väter, 35 geisteskranke Mütter, zweimal waren beide Eltern krank. 96 geisteskranke Fr. hatten 37 geisteskranke Väter, 56 geisteskranke Mütter, dreimal beide Eltern geisteskrank.

Nach *Clouston* vererben sich Zustände mit Depression mehr als andere Formen. Verf.'s Zahlen stimmten damit überein. Während der letzten 10 Jahre verhielten sich unter seinen Aufnahmen alle Formen von Manie zu allen Formen von Melancholie bei den M. wie 3 : 1, bei den Fr. wie 3,4 : 1. Bei den erblichen Fällen verhielt sich die Manie zur Melancholie bei den M. wie 2 : 1, bei den Fr. wie 1,7 : 1.

Campbell hält den mütterlichen Einfluss für verhängnissvoller, besonders vererbbar die Melancholie mit Selbstmordneigung, noch mehr die epileptische Geistesstörung.

In den Pennsylvania-Asylen ergab der Bestand 1894 und 95 ähnliche Resultate wie oben bezüglich des väterlichen und mütterlichen Einflusses und beider auf das Geschlecht der Kinder.

Bezüglich der weiteren Verwandten ausser Eltern stellt Verf. den Bestand von 5 amerikanischen Anstalten zusammen. Die Verpflegten, sowohl M. als Fr. hatten mehr mütterliche geisteskranke Verwandte als väterliche. 687 M. hatten 311 väterliche, 376 mütterliche Verwandte. 711 geisteskranke Fr. hatten 316 väterliche und 395 mütterliche Verwandte. 3 von diesen Anstalten folgten einzeln dieser Regel, 2 verhielten sich entgegengesetzt.

Verf. bringt dann die Resultate bezüglich der Aufnahmen von 5 bis 6 Jahren von 1888—93 von 3 englischen Anstalten. Die Zahlen sind klein und weichen im Einzelnen ab. Eine Zusammenzählung derselben ergiebt, dass die Mütter etwas zahlreicher sind als die Väter (85 zu 81), die M. haben mehr (2) geisteskranke Väter als Mütter, die Fr. mehr (6) geisteskranke Mütter. Die M. haben 85 väterliche Verwandte und 68 mütterliche, die Fr. 64 väterliche und 68 mütterliche.

Verf. geht dann zu seinem eignen Material über. Es sind 1039 Individuen mit erblicher Veranlagung betreffende Aufnahmen in sein Asyl in den letzten 10—11 Jahren. Seine Tabelle I giebt nicht allein den Grad der Verwandtschaft, sondern auch die Zahl sämmtlicher geisteskranken Angehörigen auf jeder Stufe der Verwandtschaft. Sie zeigt den überwiegenden Einfluss der Mutter und der mütterlichen Verwandten auf Uebertragung der Geistesstörung auf die Nachkommen und mehr entfernte Verwandte. Geisteskranke Mütter der Aufgenommenen wurden festgestellt 240 gegen 197 Väter, mütterliche Grosseltern 55 zu 37 väterlichen, mütterliche Onkel und Tanten 151 zu 110 väterlichen. Nur die Cousins bilden eine Ausnahme.

Bezüglich der directen Erblichkeit überwiegt bei den aufgenommenen Männern der väterliche Einfluss (91 Väter zu 85 Müttern), ebenso bei den Grosseltern (18 Grosseltern von väterlicher und 15 von mütterlicher Seite). Bei den aufgenommenen Fr. überwiegen die geisteskranken Mütter über die geisteskranken Väter (155 zu 106), die Grosseltern von mütterlicher Seite über die von väterlicher Seite (44 : 21). Bei den Onkeln und Tanten findet sich jedoch auch bei den M. ein starkes Uebergewicht der mütterlichen Seite. Die aufgenommenen Frauen sind nun allerdings bei allen Verwandtschaftsgraden stärker vertreten. Ein richtigerer Vergleich ergiebt sich daher aus der Procent-Berechnung. Diese ist vom Verf. ausgeführt, jedoch nicht zur Summe der Aufgenommenen, sondern zur Summe aller Erblichen. Die Procent-Verhältnisse stimmen mit denen der directen Zahlen überein.

Bezüglich der geisteskranken Geschwister der Aufgenommenen haben die aufgenommenen M. eine grössere Anzahl geisteskranker Brüder, die aufgenommenen Fr. eine grössere Anzahl geisteskranker Schwestern.

In 123 Fällen wurde Trunksucht der Eltern constatirt. Der Vater war viermal so oft trunksüchtig als die Mutter (89 : 22), in einer amerikanischen Anstalt (Kankakee Hosp.) zehnmal so oft. Die Zahl der von trunksüchtigen Eltern abstammenden Töchter überwog über die Söhne

(77 : 46), während angeblich die amerikanische Anstalt doppelt so viel Söhne als Töchter aufwies.

Tabelle II giebt die Zahl aller Kinder der Eltern der Aufgenommenen an. Es sind 186 Väter, 236 Mütter, 28 Mal waren beide Eltern krank. Von den Vätern hatten 71 pCt. nur 1 Kind geisteskrank, von den Müttern 80 pCt., bei Geisteskrankheit beider Eltern 57 pCt. Auf 100 geisteskranke Väter kommen 137 geisteskranke Kinder, auf 100 Mütter 128, auf 100 geisteskranke Elternpaare 178. Das weibliche Geschlecht der Kinder war überall im Uebergewicht, am meisten bei geisteskranken Müttern (1,6 : 1). Diese Resultate beziehen sich nicht durchaus auf eigentliche Geisteskrankheiten, sondern schliessen auch Fälle von geistiger Schwäche ein, welche keine Anstaltsbehandlung nöthig machte.

Das *Darwin*'sche Gesetz sagt, dass die Geisteskrankheit des Vaters mehr auf die Söhne als Töchter übergeht. Dies findet sich hiernach nach Verf. nicht bestätigt, ebenso wenig die von Einigen angenommene gekreuzte Erblichkeit (vom Vater auf die Töchter, von der Mutter auf die Söhne). Verf. meint, dass solche Gesetze wohl existiren könnten aber verdeckt würden. Es würde nämlich meist nicht die Geisteskrankheit selbst, sondern nur die Prädisposition vererbt. Zum Ausbruch der Krankheit sei eine mächtige Gelegenheitsursache nöthig. Diese sei beim weiblichen Geschlecht in den Geschlechtsvorgängen, der Pubertät, Schwangerschaft, Klimakterium gegeben. Daher die grössere Erkrankung des weiblichen Geschlechts. Verf. hat daher eine 3. Tabelle hergestellt, welche angeborne Fälle und solche von jugendlichem Irrsein enthielt, in denen häufige Rückfälle oder physische Stigmata (wie ein enger, schlecht gebildeter Gaumen), ein mangelhaft entwickeltes Gehirn anzeigen. Die Gesammtzahl der geisteskranken Eltern mit Kindern mit angeborner etc. Geisteskrankheit beträgt 135, darunter waren 65 mal die Mütter, 54 mal die Väter, 16 mal beide Eltern geisteskrank. Auf 100 geisteskranke Mütter kommen 117 geisteskranke Nachkommen, auf 100 geisteskranke Väter 133, auf 100 geisteskranke Elternpaare 250 geisteskranke Nachkommen. Die 54 Väter hatten 46 Söhne und 26 Töchter, die 65 Mütter 28 Söhne und 48 Töchter, also im *Darwin*'schen Sinne.

Verf. macht einige Schlussfolgerungen. Directe Erblichkeit. a. Nimmt man alle Geisteskrankheiten, die erworbenen und angeborenen zusammen, so übertragen die geisteskranken Väter ihre Geisteskrankheit auf eine grössere Zahl von Nachkommen, als die geisteskranken Mütter. (Dies Resultat ergiebt sich nur in Verf. Tab. 2 und 3, welche nicht aus einfacher Beobachtung hervorgegangen sind.) Das Resultat der Tabelle I, welches mit vielen literären Angaben übereinstimmt, ist, dass in der Ascendenz die Mütter mehr vertreten sind, als die Väter. Es wäre allerdings möglich, dass die geisteskranken Mütter ihr Uebergewicht nicht einer grösseren vererbenden Kraft bei gleicher Zahl, sondern einfach einer grösseren Zahl verdankten. (Dies müsste aber besonders festgestellt werden. Ref.)

Nach Verf. sind auch bei geisteskranken Vätern die geisteskranken Töchter im Uebergewicht, bei geisteskranken Müttern noch mehr. (Dies findet sich nur in Tabelle II, nicht in Tabelle I und III, so wie in vielen Literaturangaben. Ref.)

b) Die Zahl der geisteskranken Mütter ist beträchtlich grösser als die geisteskranker Väter (cf. a).

Aufsteigende und collaterale Verwandtschaft. a) Bei beiden Geschlechtern kommt der mächtigere erbliche Einfluss durch den mütterlichen Zweig der Familie. b) Die geisteskranken M. haben eine grössere Anzahl von geisteskranken Brüdern, die Fr. eine solche von Schwestern.

Meilhon, L'aliénation chez les Arabes. Etude de nosologie comparée. (Annales med. psych. Jan. Febr. bis Mai Juni. Juli-August. September-October. November-December.)

Verf. meint, dass man bei den Eingeborenen Algiers die Geistesstörungen im Zustande der Barbarei studiren könne, denen die Civilisation noch nicht ihr Gepräge aufgedrückt und die degenerativen Formen erzeugt habe. So sei die Manie in Frankreich eine Seltenheit, während sie bei den Arabern die vorherrschende Form sei. — Die Geisteskranken der eingeborenen Bevölkerung kommen nach dem Asyl von Aix (bei Marseille), und zwar von 1860—79 inclusive die von Algier, Constantine und Oran, von 1880—89 nur die von Algier. In den 30 Jahren wurden 498 Kranke aufgenommen, pro Jahr 15,05 Kr. Jene 3 Provinzen hatten eine Bevölkerung von 2800000 Muselmännern, so dass auf 1000 Muselmänner 0,0053 (im Text steht 0,053) Aufnahmen kamen. Algier allein hat 1078000 Muselmänner. Von 1880 an kommen jährlich 19,7 Aufnahmen, auf 1000 Muselmänner 0,018. In Frankreich kommen angeblich 2,42 Aufnahmen auf 1000 Einwohner (? Ref.), demnach 134mal mehr.

Es kommen nicht alle Geisteskranken von Algier nach Aix. Alle Geisteskranken kommen zunächst auf Antrag von Behörden oder Verwandten nach dem Civilhospital von Mustapha, wo sie 1—3 Wochen bleiben. Hier können die an toxischen Formen Leidenden und andere acute Fälle genesen. Die andern werden nach Aix übergeführt. Nach einer beigebrachten Tabelle von *Kocher* (Sur la criminalité chez les Arabes, Paris 1884) wurden von 1867—82 in Mustapha 283 Geisteskranke aus Algier aufgenommen. Dies macht 0,017 (im Text steht 0,01) auf 1000 Muselmänner, also von den Resultaten von Aix nicht viel abweichend. Besonders bemerkenswerth ist, was Verf. über die Anschauungen der Muselmänner über Geisteskrankheiten mittheilt. Sie gelten als eine heilige Krankheit, welche nur die Günstlinge Allah's befällt. Manche Geisteskranken irren von tribus zu tribus, wo sie als Repräsentanten der Gottheit verehrt werden. Einigen legt man die übernatürliche Macht zu, alle Krankheiten zu heilen. Aus dem Koran hat Verf. nichts über Geisteskrankheiten erfahren

können. Dagegen schreibt das Rechtsbuch von Sidi-Khélil aus dem 14. Jahrhundert vor: Wenn der Geisteskranke verheirathet ist, so soll er unter Vormundschaft gestellt werden. Der Vormund soll . . . ihm nach einander jede seiner Frauen zuführen, aber nur, wenn sie von diesem Besuch Gebrauch machen können. Der verheiratheten geisteskranken Frau soll der Ehemann, in Abwechselung mit seinen andern Frauen, einen gleichen Theil seiner Nächte mit dem folgenden Tage widmen. Die Frauen suchen den geschlechtlichen Verkehr mit den Geisteskranken als eine providentielle Gunst auf, und sie geben sich diesen (nach Morceau de Tours) mit einer frommen Schamlosigkeit hin, überall wo sie sie finden, an Kreuzwegen und unter den Augen von Jedermann. Wenn der Vater seiner Tochter auch nicht die Ehe mit einem Geisteskranken oder Eunuchen auferlegen kann, so hat er doch das Recht, seiner Tochter die Ehe aufzuerlegen, wenn sie geisteskrank ist. Wenn die Geisteskrankheit lucide Intervalle hat, so soll man warten bis zur Rückkehr der Vernunft.

Einige tribus versorgen ihre Geisteskranken selbst und behandeln sie mit kalten Uebergiessungen und andern weniger geeigneten Mitteln. — Zu erwägen ist ferner, dass die Araber die Internirung der Geisteskranken nur veranlassen bei vorliegender eminenter Gefährlichkeit.

Wenn demnach die vorliegenden Zahlen auch keinen Maassstab für die Verbreitung des Irrsinns in Algier abgeben, so ist Verf. bei dem grossen Abstand der Zahlen von den französischen doch der Meinung, dass die Geisteskrankheiten bei den Arabern ausserordentlich weniger häufig seien, als bei den Europäern.

(Ref. hält diese Folgerung nicht für gerechtfertigt. Bei mangelnder Civilisation, gering entwickeltem Verkehr, in den 1. Decennien der Anstaltsfürsorge, ist die geringe Benutzung der Irrenanstalt leicht erklärlich. Zur Illustration möge auf die 1. Decennien der Irrenanstalt zu Marsberg (Westfalen) (*Koster* und *Tigges*, Stat. v. Marsberg 1867) hingewiesen werden. Es wurden aufgenommen

von	1814—20:	M. 10	Fr. 1	S. 11
-	1821—25:	M. 7	- 3	S. 10
-	1826—30:	M. 11	- 10	S. 21
-	1831—35:	M. 46	- 19	S. 65
von	1814—35	M. 74	Fr. 33	S. 107

Die durchschnittliche jährliche Aufnahme betrug demnach 5, und in den ersten 17 Jahren noch viel weniger, bei einer Bevölkerungsziffer von etwa 1300000 Einwohnern.)

Verf. sucht nach den Gründen der angenommenen Seltenheit der Geisteskrankheiten in Algier. In den niedrig gelegenen Bezirken möge die dauernd hohe Temperatur wohl erschlaffen und die Nerventhätigkeit abstumpfen. Am Fuss der Gebirge herrscht im Winter Schnee und Kälte, auf den Hochebenen heisse Sommer und strenge Winter. Dem Klima schreibt Verf. keine vorwiegende Bedeutung zu.

Die Städte liefern eine viel grössere Zahl von Kranken als das Land. Der grösste Theil von Kranken kommt aus Städten von einer gewissen Bedeutung.

Unter den allgemeinen Begriff Araber (den auch Verf. in diesem Sinne gebraucht) fallen 2, nach Ursprung und ethnischen Dispositionen verschiedene Rassen: Die Kabylen, der vollendetste Typus der Berber, und die Araber. Der letztere ist sanfter, weniger arbeitsam, Nomade, zieht Handel und Viehzucht der Landarbeit vor. Er ist reinlich, liebt den Luxus, alle Vergnügungen und Raffinirtheiten der civilisirten Gesellschaft. Er ist fanatisch, Polygamist, kauft sich seine Frauen wie Lastthiere, die denn auch alle peinlichen Arbeiten verrichten, während er, in seiner Hütte liegend, sich vagen Träumen hingiebt.

Der Kabyle ist arbeitsam, mässig, anspruchslos, betreibt Ackerbau, hängt an seinem Lande und seiner Familie, besitzt regelmässig gebaute Dörfer. Er lebt im Allgemeinen in Monogamie, hat Achtung und Gefühl für die Familie. Er hält weniger auf seine Religion, macht wenigstens aus ihr nicht die Basis aller seiner socialen Institutionen.

Aus diesen Stammesverschiedenheiten leitet Verf. die verschiedene Betheiligung der beiden Stämme an dem Bestande Ende 1889 ab. Unter 83 Geisteskranken befanden sich 28 Kabylen und 55 Araber. Die Kabylen liefern also $^1/_3$, während sie von der muselmännischen Bevölkerung $^2/_3$ ausmachen. Es liegt nahe, anzunehmen, dass der geistig beweglichere, Handel treibende, in Städten wohnende Araber seine Geisteskranken leichter der Anstaltspflege übergiebt, wobei die Krankenzahl in der Bevölkerung gleich sein kann. (Dieselbe Erwägung gilt auch für das jetzt Folgende. Ref.) Unter den 83 finden sich 73 M. und 10 Fr., und keine einzige Kabylin. Verf. bezieht dies auf die Abgeschlossenheit der Araberin, welche nur verschleiert und in Begleitung das Haus verlässt, die dadurch bedingte geistige Stagnation, und die als Frau höhere Stellung der Kabylin (die obige Statistik von Marsberg ergiebt auch ein grosses Zurückstehen der Frauen).

Ein Vorbeugungsmittel gegen Geisteskrankheit sieht Verf. ferner in der mohamedanischen Religion, in dem Fatalismus, welcher alle Ereignisse als gottgewollt annimmt, ebenso die gesellschaftliche Lage, kein Weiterstreben fördert.

Es folgt eine Zusammenstellung nach dem Lebensalter. Dies ist nur im Allgemeinen festzustellen, da die Leute ihr Alter nicht wissen, keine Standesämter existiren. Die 83 Fälle des Bestandes hatten zur Zeit der Aufnahme ihr Maximum von 30—35 Jahren (20 F.). Dieser Stufe kommt zunächst die von 20—25 Jahren (17 F.), nach Verf. wahrscheinlich wegen der Erblichkeit.

Ueber die Erblichkeit ist nichts bekannt. Der polygame Araber kümmert sich nicht um seine Nachkommenschaft. Der grösste Theil der Geisteskranken wird in Folge von Gewaltthätigkeiten auf öffentlichen

Wegen von der Polizei sistirt und ohne Vermittelung der Familie von der Verwaltungsbehörde der Anstalt überwiesen. — Die oben angeführten Bestimmungen des Sidi Khélil über die geschlechtlichen Verhältnisse der Geisteskranken erscheinen als eine Prämie auf die erbliche Degeneration. Zur Degeneration tragen auch die frühen Heirathen bei, die arabische Frau heirathet mit 10 Jahren. Verf. schliesst daher nur aus der symptomatologischen Form auf die Erblichkeit.

Syphilis. Verf. fand unter seinen 83 Fällen nur 2 Fälle mit Syphilis, darunter 1 Puella publ. Er hat die übrigen 81 Jahre lang darauf hin beobachtet, ohne ein Zeichen von Syphilis zu entdecken. Bei 258 Gestorbenen von 1860—88 ist nichts von Syphilis erwähnt. Dem gegenüber steht die allgemeine Meinung, dass Syphilis bei den Arabern sehr verbreitet sei. *Vincent* in seiner klin. Abhandlung über die Krankheiten der Kabylen 1862 berichtet, dass er bei 423 aufgenommenen Eingebornen im Hospital von Dellys in 2 Jahren 168 constitutionell Syphilitische hatte, grösstentheils tertiäre. Die französischen Militärärzte nehmen, wenn sie ins Innere reisen, reichlich Jodkali-Pillen mit zur Verabreichung an Eingeborene, die von allen Seiten kommen. Dr. *Mathias*, Chefarzt des Militärspitals von Oran, der lange in Algier gelebt hat, hat die Syphilis hereditaria im Anfang der Eroberung sehr verbreitet, sie noch sehr oft von 1866—69 gefunden, während sie jetzt sehr abgenommen hat und zu verschwinden scheint. Die nächste Generation wird vollkommen frei davon sein. Die erworbene Syphilis sei nicht häufiger als in Frankreich. Verf. neigt der Meinung von *Régis* zu, dass die Syphilis vor der Geburt unter der Form von conceptioneller Syphilis vorhanden sei, welche vor neuer Ansteckung und den gröberen äusseren Symptomen schütze. (Bei uns spricht man auch von relativer Immunität bei Durchseuchung mehrerer vorhergehender Generationen. Ref.)

Allgemeine Symptomatologie.

Der vorherrschende Zug der Geisteskrankheit der Araber ist ihre Tendenz zur Heftigkeit. Von den 83 Fällen Ende 1889 ist notirt 42 mal Heftigkeit und aggressive Tendenzen, 22 mal wahre Impulse zu schlagen, 13 mal charakterisirte Mordimpulse. 4 Kranke sind wegen Diebstahl verurtheilt, 5 wegen absichtlicher Brandstiftung, 8 wegen Obscönitäten auf öffentlichen Wegen, 5 wegen Mord, je 1 wegen Kindes- und Vatermord, 8 kamen aus dem Gefängniss.

Je mehr man sich dem Aequator nähert, um so mehr nehmen überhaupt die Attentate gegen Personen zu, daher auch bei Geisteskranken. Ferner wird in die Irrenanstalt nur eine Auswahl der Gefährlichen eingeliefert, so dass man aus jenem Resultat nicht zu viel schliessen darf. Die Geisteskranken bewahren diese Neigung zur Gewaltthätigkeit auch in der Anstalt, auch dem Arzt gegenüber bei eingehender Untersuchung.

Der Araber in engem Sinne ist weniger hinterlistig, er vergisst schnell eine Beleidigung und wird nur gereizt unmittelbar nachher. Der Kabyle

dagegen ist nachhaltig und verzeiht nie. Kann er sich heute nicht rächen, so wartet er eine passende Gelegenheit ab.

Es ist nach Verf. zu unterscheiden zwischen impulsiven und einfach aggressiven Handlungen. Die letzteren erfolgen mit Bewusstsein, sind gewollt, haben ihre bestimmten Motive. Die Impulsion dagegen ist ein Reflex (?), unabhängig vom Willen, plötzlich, brutal, das Bewusstsein erstreckt sich nur auf die vollbrachte That, kann ihr nicht vorbeugen. Sie geht von einem corticalen Centrum aus, das in Erregung gesetzt wird entweder durch einen Reizungszustand oder durch die Hemmung eines entfernteren Centrums. Dies Delirium der Handlungen ist bei den Eingeborenen sehr häufig. Die früher erwähnten 22 Impulsionen und 13 Mordimpulse gehören hierher. Es handelt sich dabei nicht allein um Epileptische. Es waren auch keine Hereditäre. Es fehlten dafür die Zwangszustände, Angst, innerer Kampf, Bewusstsein (der Abnormität), nachherige Erleichterung. Diese blinden, instinctiven Handlungen sind das Zeichen eines angeborenen niedrigen Gehirnzustandes, der der Rasse eigenthümlich ist, der sich bei uns nur zuweilen bei den untersten Degenerirten findet.

Die grosse Aufgeregtheit der Eingeborenen wird auch von *Voisin* und *Constans* berichtet. Verf. fand sie unmittelbar nach der Ankunft in Aix ruhig, wohl wegen der Ueberfahrt, besonders der Seekrankheit. Bald trat die Aufregung jedoch wieder hervor.

Auch der gesunde Eingeborene ist geschlechtlich erregt, neigt zu geschlechtlichen Excessen. Ebenso der geisteskranke. Unter den 83 Kranken fanden sich 18 Päderasten (Verf. nennt sie Sodomisten, während der Verkehr von Männern mit Männern aus den Bemerkungen erhellt), 16 Onanisten, 8 Exhibitionisten. — Die Päderastie ist vom Koran wiederholt verboten und doch ist starke Neigung dazu vorhanden. Waschungen werden vom Koran geboten und die Kranken werden sehr gereizt, wenn sie dazu veranlasst werden.

Den Exhibitionismus schiebt Verf. nicht auf Degeneration, sondern auf Intoxication mit Kiff (einem Alkohol). Tendenzen zum Selbstmord sind selten, unter den 83 Fällen 2mal, bei einem kiffischen Alkoholiker und bei einem Epileptiker. Eine melancholische Frau endete 1868 durch Selbstmord.

Unter den Delirien treten besonders religiöse und Grössenideen hervor, jedoch nur oberflächlich und episodisch.

Verf. giebt noch kurz die Todesfälle von 1860—88 an. Die Gehirnaffectionen sind seltene Todesursachen, die Phthise häufig, unter 258 Fällen 53mal = 20,54 pCt., welche Ziffer nach Verf. in den französischen Asylen nicht erreicht wurde, als die hygienischen Bedingungen, Ernährung etc. noch mangelhaft waren. Die 258 Todesfälle fallen auf 482 Aufnahmen, gleich 53,52 pCt., was Verf. für sehr hoch hält. (Da Genesungen fast nicht vorkommen, so würden, wenn auch keine Entlassungen stattfinden, bei hinreichend langer Beobachtung fast alle sterben. Ref.) Auch *Constans*

giebt eine Sterblichkeit von 49 pCt. an, während die der Europäer nur 13—14 pCt. betrage. (In französischen und deutschen Berichten kennt man die Bedeutung dieser Zahlen, während sie sich in englischen immer auf den durchschnittlichen Bestand beziehen. Ref.)

Specielle Pathologie. Formen der Geisteskrankheit. *Moreau (de Tours)* hat zuerst berichtet über die Geisteskrankheiten des Orients, über das Asyl von Malta, das er 1836 besuchte, von Smyrna, Cairo, Constantinopel. Es handelt sich um kleine Zahlen. Ein grosser, meist der grösste Theil waren dement, ein Theil Epileptiker. Paralyse kam nicht vor, mit Ausnahme von Smyrna, wo „1 einige Symptome der allgemeinen Paralyse darbot". (Der Bericht *Mendel's* über Cairo ist nicht erwähnt. Ref.). — Es folgt dann eine Statistik der Geisteskranken des Departement Algier von 1867—82 von *Kocher* aus der oben erwähnten Broschüre. Sie betrifft 599 französische, 312 arabische, 227 spanische Geisteskranken, die zur Aufnahme kamen. Aus derselben mögen folgende Daten angeführt werden.

	Alkoholiker	Haschisch	Allg. Paralyse
Franzosen	23,0	—	6,5 pCt.
Araber	8,0	3,2	3,8 -
Spanier	4,8	—	3,1 -

Verf. bringt dann eine Statistik über die Aufnahmen in Aix von 1860—89. Die Gesammtzahl beträgt 498. Unter ihr waren 2,6 pCt. Paralytische, 7,8 pCt. Alkoholiker.

Es folgt eine Tabelle über den Bestand der 83 Ende 1889. Die Formen waren Manie 24 (acute 1, chronische mit secund. Dement. 23), Melancholie 8 (acute Mel. 1, Mel. mit Stupor 2, chron. Mel. 5), fol. circ. 3, délire chronique 5, Alcoholismus 23 (chron. Alcohol. 8, Kiffismus 4, Alcohol. und Kiffismus zusammen 11), Epilepsie 10, die übrigen 10 meist Blödsinnszustände angeborener oder erworbener Art (dégenér. ment. 5, choreat. Irrsein 1, Imbecil. 1, Idiotie 3). Allgemeine Paralyse ist nicht vertreten.

Manie. Bei *Kocher* finden sich bei den Arabern 130 Fälle acuter Manie und 1 Fall chron. Manie, bei *Meilhon* 1 Fall acuter und 23 Fälle chron. Manie. Da sämmtliche Fälle von Aix aus Mustapha kamen nach 8 bis 10tägigem Aufenthalt hier, so liegt der Unterschied nur in der subjectiven Classificirung. Verf. bringt den einen Fall ac. Manie bei, der wohl charakterisirt, ein 2. Anfall, wahrscheinlich bei erblicher Veranlagung ist und in Genesung übergeht. Nach Verf. ist die acute Manie bei den Arabern viel mehr vertreten, als bei den Franzosen, bei denen mehr und mehr die degenerativen Formen auftreten. Sieht man sich nach statistischen Beweisen um, so sind diese nicht so eindeutig. Es betrug der Procent-Antheil der Manie (ac. und chron.) an allen Formen bei *Kocher* bei den Franzosen 23 pCt., bei den Arabern 42 pCt., bei den Spaniern 34 pCt., bei *Meilhon* bei den Arabern 29 pCt. — Nach Verf. behält bei den Arabern gegenüber den Franzosen die chronische Manie den activen Charakter der acuten bei mit ihrer Aufregung, Ideenflucht, vielem Sprechen, ungeordneten

Handlungen. Es finden sich active Wahnideen, welche zu agressiven, neben den impulsiven, Handlungen Anlass geben. Der Kranke ist fast immer gefährlich. Oft finden sich Grössenideen, geschlechtliche Erregungen, religiöse Wahnideen. Meist Uebergang in Demenz.

Die 23 dann skizzirten Fälle ergeben das vom Verf. ausgeführte Bild. Es sind sämmtlich Aufregungszustände, die bis zum Blödsinn resp. Verwirrtheit vorgeschritten sind. Ihre Aufnahme fällt vom Jahre 1866—88. Sehr vertreten sind gefährliche, gewaltthätige Handlungen, Schlagen, Beissen, Klettern (1 Fr.), Mordimpulse, 1 Fall von Brandstiftung, ferner Onanie, Päderastie, Exhibitionismus. Ein Theil enthält schwachsinnige Grössenideen mit entsprechender Stimmung, ein anderer Grössen- und Verfolgungsideen mit Gesichts- und Gehörshallucinationen, 1 mal auch Geruchshallucination. 6 Fälle sind bezeichnet als mystische Form der Wahnideen, sie sind zugleich heftig und haben geschlechtliche Ausschreitungen. Die religiösen Wahnideen sind oberflächlich, treten wenig hervor mit Ausnahme eines Falles; der Dämonomanie aufweist. Von den Anfangsstadien liegen nicht hinreichend genaue Nachrichten vor. Bezüglich des Falles 3 ist im Anfange von Depression zwischen den Aufreizungszuständen die Rede, Fall 20 früher zeitweise Depression, Fall 22 früher zeitweise Depression mit Verfolgungsideen, Gesichts- und Gehörshallucination. Fall 24 früher ängstliche Verstimmung, Aufregung und Hallucinationen etc. — Die Fälle würden daher z. Th. bei uns als Folgezustände von acuter Paranoia bezeichnet werden.

Melancholie. Diese ist seltner als die Manie, hat dieselben Formen, wie bei den Europäern. Verf. führt als acute Melancholie 4 Fälle an, von denen 1, eine einfache Melancholie, in Genesung übergeht, dann 4 Fälle als chronische Melancholie in vorgeschrittenem Stadium. Von den 8 Fällen sind 6 Kabylen, während von den 24 Fällen von Manie nur 9 Kabylen sind. Demnach neigen die Kabylen mehr zur Melancholie, die Araber mehr zur Manie, was Verf. auf die ethnische Verschiedenheit, Lebensweise, -Gewohnheiten schiebt. Bei beiden Stämmen, und sowohl bei der Melancholie, als bei der Manie ist die Neigung zu gewaltthätigen gefährlichen und zu perversen geschlechtlichen Handlungen vorhanden. Neigung zum Selbstmord ist bei der Melancholie nicht hervorgetreten.

Folie circulaire. 3 Fälle mit Wechselzuständen von Depression und Aufregung, 2 von langer Krankheitsdauer und mit vorgeschrittener Demenz. Einer von diesen läuft in den Aufregungszuständen auf allen Vieren und hält sich für ein Pferd.

Dégénérescence mentale umfasst 5 Fälle. Die 3 ersten begehen gewaltthätige, gefährliche Handlungen, sie sind unbesinnlich. Der 1. mit Verfolgungsideen, Mord-, Brandstiftungsimpulsen, Hallucinationen geht in Genesung über, die beiden andern haben Verfolgungs- und Grössenideen, geschlechtliche Erregung, Neigung zur Päderastie, der eine Exhibitionismus, Hallucinationen. Der 4. Fall wird October 1888 nach 5 monatlicher

Krankheitsdauer aufgenommen, nach vorhergegangenen grossen Gewaltthätigkeiten, Gesichts- und Gehörshallucinationen. Bei der Aufnahme ist Patient ruhig, deprimirt, stumpf, erinnert sich seiner gefährlichen Handlungen nicht. Active Päderastie. Verfolgungsideen, Gesichts- und Gehörshallucinationen zeitweise mit entsprechenden Thätlichkeiten. Im April 1889 tritt plötzlich ein Anfall grosser maniakalischer Wuth mit gefährlichen Handlungen ein und dauert 15 Tage lang. Ein 2. Anfall, nachdem sein Antrag auf Entlassung abgeschlagen war, am 5. August, einige Tage lang. Nachher ist er ruhig, mürrisch, geistig schwach bis zum Schluss der Beobachtung, 20 Monate lang. — Verf. hebt den Verdacht auf larvirte Epilepsie hervor.

Der 5. Fall, 1885 aufgenommen, mit Erblichkeit, zeigt grosse Aufregung, gefährliche Handlungen und Hallucinationen. Nachher intellectuelle Schwäche, Incohärenz, Grössenideen, sucht zu befehlen. Spricht in unverständlicher Sprache, diese ist sicher behindert, er skandirt das Wort. Er geht etwas schwer, breitbeinig. Die Zunge, Lippen, Hände zittern nicht, keine Ungleichheit der Pupillen. Beschäftigt sich fleissig mit Mattenflechten. Verf. hält den Verdacht auf Paralyse für nicht mehr vorhanden.

Sämmtliche 5 Fälle haben daher gewaltthätige Handlungen, Wahnideen, Hallucinationen, der letztere hat noch sein besonderes Gepräge.

Verf. bringt weiter 5 Fälle von délire chronique systématisé (Paranoia). 2 von ihnen hatten einen acuten Beginn mit Delirien, 4 boten Verfolgungs-, z. Th. religiöse Ideen, 1 Verfolgungs- und Grössenideen, 3 Gehörshallucinationen, 4 waren gewaltthätig, 1 neigte zur Sodomie, 1 onanirte. Die Intelligenz war bei 2 gut erhalten, bei den andern mehr oder weniger geschwächt. Von den 5 gehörten 3 einer höheren socialen Stellung an. Die höhere geistige Entwickelung ist nach Verf. für das délire chron. nöthig. Damit hängt auch zusammen, dass unter den 5 vier Araber waren, welche die europäische Civilisation leicht annehmen.

Zu den toxischen Geistesstörungen gehören die durch den Alkohol (ausschliesslich Absynth) und Kiff hervorgerufenen. Der Alcoholismus findet sich, obgleich der Koran den Genuss gegohrner Getränke verbietet, besonders bei den Arabern, ziemlich vertreten.

Folgende Zahlen geben über die Verbreitung des Alcoholismus Auskunft. Alkoholiker waren unter den

Aufnahmen bei	*Kocher* von	1867—82	unter	312 : 25 =	8 pCt.
- -	*Meilhon* -	1860—89	-	498 : 39 =	8 -
- -	- -	1880—89	-	197 : 31 =	15,7 -
Bestand	- -	1889		83 : 19 =	22,9 -

Die Aufnahmen von 1880—89 betreffen nur solche aus der Provinz-Algier. Unter den 19 im Bestande 31. December 1889, der dieser Arbeit zu Grunde liegt, finden sich nur 3 Kabylen. Nimmt man die Araber allein, so waren unter 57 16 Alkoholiker = 28 pCt.

Ein Theil der Fälle, bei denen Alkoholmissbrauch als Ursache der

Geistesstörung angenommen wird, findet sich unter anderen Formen, so 11 Fälle unter Kiff und Alkohol, 1 unter délire chronique etc. Als Alkoholisten werden 8 Fälle aufgeführt. Sie bieten entweder Anfangs oder dauernd grosse Aufregung, aggresssive Tendenzen, Gewaltthätigkeiten. Von 5 Fällen, wo diese motorische Aufregung, zugleich Incohärenz der Ideen, besonders hervortritt, wird gesagt, dass sie den äusseren Charakter der chronischen Manie habe. Es finden sich vielfach Gehörs- und Gesichtshallucinationen. In 1 Falle sieht Patient Gespenster, die zuerst ganz klein sind, dann gross werden, wie das Meer, kommen und gehen. Verfolgungs- und Grössenideen, nicht dauernd, nicht systematisirt, kommen einzeln oder verbunden vor. Bei einigen Fällen liegt zuletzt ein hoher Grad von Demenz vor.

Es folgen die Fälle von Geistesstörung durch Kiff. Dieses ist ein Präparat des indischen Hanfs, zum Rauchen bestimmt, wie Haschisch zum Essen. Kiff wird aus kleinen irdenen Pfeifen geraucht von mehreren Personen, welche die Pfeife im Kreise herumgehen lassen. 2—3 Züge genügen, um die Betäubung herbeizuführen. Die Kiff-Raucher greifen meist auch zum Alkohol (Absynth). So hat Verf. 4 Intoxicationen nur durch Kiff und 11 durch Kiff und Alkohol. *Kocher* sah in 16 Jahren 10 Fälle von Geistesstörung durch Kiff. Nach *Kocher* kamen in den 5 Irrenanstalten von Bengalen (Indien) von 1864—67 auf 2283 Geistestörungen 878 in Folge Genusses von indischem Hanf. *Von den Steinen* berichtet 1882, dass von 1187 Kranken der Asyle von Bengalen 327 auf den Missbrauch von Hanf, 40 von Spirituosen, 10 von Opium kamen. Mehr als 86 pCt. der Aufnahmen wurden geheilt, weil die Manie nach indischem Hanf eine günstige Prognose hat. — Im Mittelalter liess der Alte vom Berge seine Assassinen (abgeleitet von Haschisch) Hanf essen, um sie in Ekstase und zum Verbrechen zu treiben.

Als ein Symptom, welches bei der Kiff-Vergiftung alle anderen zu beherrschen scheint, giebt Verf. an: Geschlechtlicher Erethismus mit Tendenz zu obscönen und impulsiven Handlungen. (Verf. rechnet jedoch Neigung zu geschlechtlichen Erregungen und zu impulsiven Handlungen auch zum Rassen-Charakter seiner Kranken. Ref.)

Die 4 Fälle, welche auf Kiff allein bezogen werden, sind während der Beobachtung des Verf. schon abgelaufene Fälle mit mehr oder weniger ausgesprochener Demenz. Früher waren Aufregungen vorhanden, z. Th. auch noch später, ferner Hallucinationen, Unbesinnlichkeit, Lachanfälle, geschlechtliche Erregungen. Der 1. der Fälle bot nur Anfangs (nicht später) mehr ausgesprochen kiffische Zeichen dar, Ekstase (diese auch der 2.), wollüstige Hallucinationen, er stieg nach Belieben bis zum 7. Himmel empor, zeigte grosse Heiterkeit mit Geilheit, hatte sich vor der Aufnahme nackt auf öffentlicher Strasse umhergetrieben. Die anderen 3 Fälle zeigten diese Zeichen weniger.

Diese 4 Fälle waren Araber.

Von den 11 Fällen, deren Erkrankung dem Kiff und Alkohol zugleich zugeschrieben wurde, zeigten 9 meist grosse, länger, resp. beständig dauernde Aufregung, Neigung zu aggressiven gefährlichen Handlungen, Mangel an Besinnlichkeit, Grössen-, oder Verfolgungs- oder hypochondrische Ideen, oder mehrere von diesen vereinigt, Gesichts-, Gehörshallucinationen, alles dies etwa mit Ausnahme des Falles 67, nicht so andauernd und systematisirt, um die Fälle der Paranoia zuzugesellen. Im späteren Verlauf trat z. Th. Beruhigung und grössere Demenz ein. 1 Fall (68) wurde als genesen entlassen. — 2 Fälle 59 und 60, der eine mit vorhergegangenem Mord, der andere mit Brandstiftung, sind nicht aufgeregt, sind Paranoiker, haben Verfolgungs-Ideen, Gesichts- und Gehörrshallucitionen. Fall 59 zeigt ein katatonisches Verhalten, Anfangs Stummheit, phantastische Gesichts-, Gemeingefühlshallucinationen, das Gefühl in's Leere getragen zu werden, der Teufel drücke so auf seine Kinnbacken, dass er nicht habe sprechen können. Verf. betrachtet die phantastischen Gesichtshallucinationen und das Gefühl, in den leeren Raum getragen zu werden, als charakteristisch für die Kiff-Intoxication, in anderen Fällen wird noch das Nacktsein auf öffentlicher Strasse hierhergezogen. Für alkoholistische Intoxication charakteristisch hält Verf. das Gefühl von Fallen in Abgründe, häufige Rückfälle, maniakalische Aufregung, Selbstzufriedenheit und Reichthumsideen.

Von diesen 11 Kranken waren nur 3 Kabylen. Während sie alle nur Absynth getrunken hatten, sind epileptische Anfälle nicht bei ihnen beobachtet worden.

Es folgt ein Fall von choreatischer Geistesstörung bei einem 50jährigen. Er zeigt motorische Aufregung, grosse Reizbarkeit, Gesichtshallucinationen (?), intellectuelle Schwäche.

In dem Bestande vom 31. December 1889 findet sich kein Fall von allgemeiner Paralyse. Verf. greift daher auf eine frühere Arbeit von ihm zurück, die sich auf die Aufnahmen bezog. Schon früher fand *Kocher* unter 312 Eingeborenen, die in 16 Jahren aufgenommen wurden 12 Paralytiker, darunter keine Frau. Verf. fand unter 498 Arabern, die von 1860—89 aufgenommen wurden 13 Paralytiker, darunter 2 Frauen. Dies macht 2,61 pCt. Es wurden nun in den 17 Jahren von 1860—76 245 Araber aufgenommen, darunter kein einziger Paralytiker, von 1877—89 253 Araber, darunter die 13 Paralytiker, = 5,13 pCt. Bei diesen 13 Fällen konnte 5mal keine Ursache ermittelt werden, 2mal lag Erblichkeit und 6mal Alcoholismus vor. Bei der grossen Verbreitung des Alcoholismus findet Verf. den ausschlaggebenden Grund der Paralyse in der Gehirnerschöpfung, in dem durch die Fortschritte der Civilisation schwieriger gewordenen Kampf ums Dasein.

Verf. geht dann zur Bedeutung der Syphilis über. *Mathias* behauptet, dass im Anfang der Eroberung und bis zum Jahre 1869 die Syphilis sehr verbreitet unter den Arabern gewesen sei, während gegenwärtig die erbliche Syphilis beim Eingeborenen am Verschwinden und die erworbene nicht häufiger sei, als in Frankreich. Nach den obigen Mittheilungen

würde demnach die Curve für die Verbreitung der Syphilis und die der allgemeinen Paralyse einen umgekehrten Verlauf nehmen. Verf. nimmt mit *Mathias* an, dass die syphilitischen Hautaffectionen bei den Arabern seltener werden, und mit *Régis*, dass dies eine Wirkung der Zerstreuung unter der Form der conceptionellen Syphilis sei, die wenig zu äusseren Hautaffectionen disponire. (Immunität? Ref.) Verf. meint schliesslich, dass die Syphilis und der Alcoholismus die Gehirngefässe verändere, wie die Rotation in den *Mendel*'schen Thierversuchen, dass, um zur Paralyse zu führen, Gehirncongestionen hinzukommen müssen, die durch die Ueberanstrengungen des Gehirns, den Kampf um's Dasein bedingt würden.

Imbecillität, Idiotie. 4 Fälle. In 30 Jahren wurden 24 Fälle aufgenommen. Der 1. hat fast kein Zeichen von Intelligenz, äussert geschlechtliche Erregung, umarmt auf der Strasse nackt Frauen (weshalb Verf. Verdacht auf Kiff hat), in der Anstalt Onanie, Sodomie. Die anderen sind vollständige Idioten, haben keine Sprache. 3 sind aufgeregt, alle haben körperliche Degenerationszeichen. 1 26 Jahre alt hat die Grösse eines 15jährigen.

Es folgen 4 Fälle von Epilepsie. Bei allen liegt ein mehr oder weniger entwickelter Blödsinn vor. Vor oder nach den Anfällen oder zu beiden Zeiten Zustände von Aufregung, Schreien, Beissen, Zerstören etc. In 1 Fall Mord- und 2 Selbstmordversuche durch Schneiden in den Hals, 1 hat procursive Anfälle nach den Krämpfen, läuft so schnell er kann Stunden lang, wird gefährlich, wenn man ihn aufhalten will.

Die folgenden 6 Fälle von Epilepsie mit Imbecillität unterscheiden sich, abgesehen von den Erscheinungen der Imbecillität, resp. des Idiotismus, wenig von den vorhergehenden. Im Zusammenhang mit den epileptischen Krämpfen finden sich wieder Aufregungszustände mit den grössten Thätlichkeiten. 1 Fall (79) der deswegen der Schrecken seiner Umgebung war, blieb auch in den Intervallen reizbar, aggressiv bis zu Wuthanfällen. 2 Fälle zeigten ausgeprägte physische Degenerationszeichen. 1 von diesen, 10 Jahre alt, hatte ungeordnete automatische Bewegungen. Die Anfälle nahmen zu angeblich in Folge Onanie. Seine geistigen Fähigkeiten entwickelten sich dabei etwas. Bei einem anderen verminderten sich die Anfälle nach Brom, während der geistige Zustand unverändert blieb. Er war ruhig und führte nur ein vegetatives Leben.

Verf. legt dann noch in einleuchtender Weise die Mängel der Einrichtung dar, dass die Eingeborenen von Algier, wenn geisteskrank weit weg über Land und Meer nach Aix im südlichen Frankreich gebracht werden, mit anderem Klima, socialen, religiösen Verhältnissen, Sprache etc. Es waren bereits 3 neue Pavillons für eine Anstalt in Algier selbst erbaut. Ein neuer ärztlicher Sachverständiger erklärte den Plan für ungeeignet, die Gebäude wurden für einen anderen Zweck verwandt und damit ruht die Sache.

Inhalt.

Bericht

über die

psychiatrische Literatur

im Jahre 1897

redigirt

von

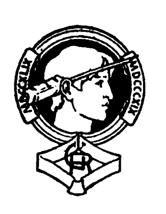
F. Schuchardt,
Obermedicinalrath und Professor o. in Rostock.

Literaturheft
zum 55. Bande der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie
herausgegeben unter Mitredaction von

Grashey München **von Krafft-Ebing** Wien **Pelman** Bonn **Schüle** Illenau

durch

H. Laehr.



Berlin,
S.W. Anhaltstrasse 12.
Druck und Verlag von Georg Reimer.
1898.

Allgemeine Zeitschrift

für

Psychiatrie

und

psychisch-gerichtliche Medicin,

herausgegeben von

Deutschlands Irrenärzten,

unter der Mit-Redaktion von

Grashey München **von Krafft-Ebing** Wien **Pelman** Bonn **Schüle** Illenau

durch

H. Laehr.

Fünfundfünfzigster Band.

Literaturheft.

Berlin,
S.W. Anhaltstrasse 12.
Druck und Verlag von Georg Reimer.
1898.

Bericht

über die

psychiatrische Literatur

im Jahre 1897

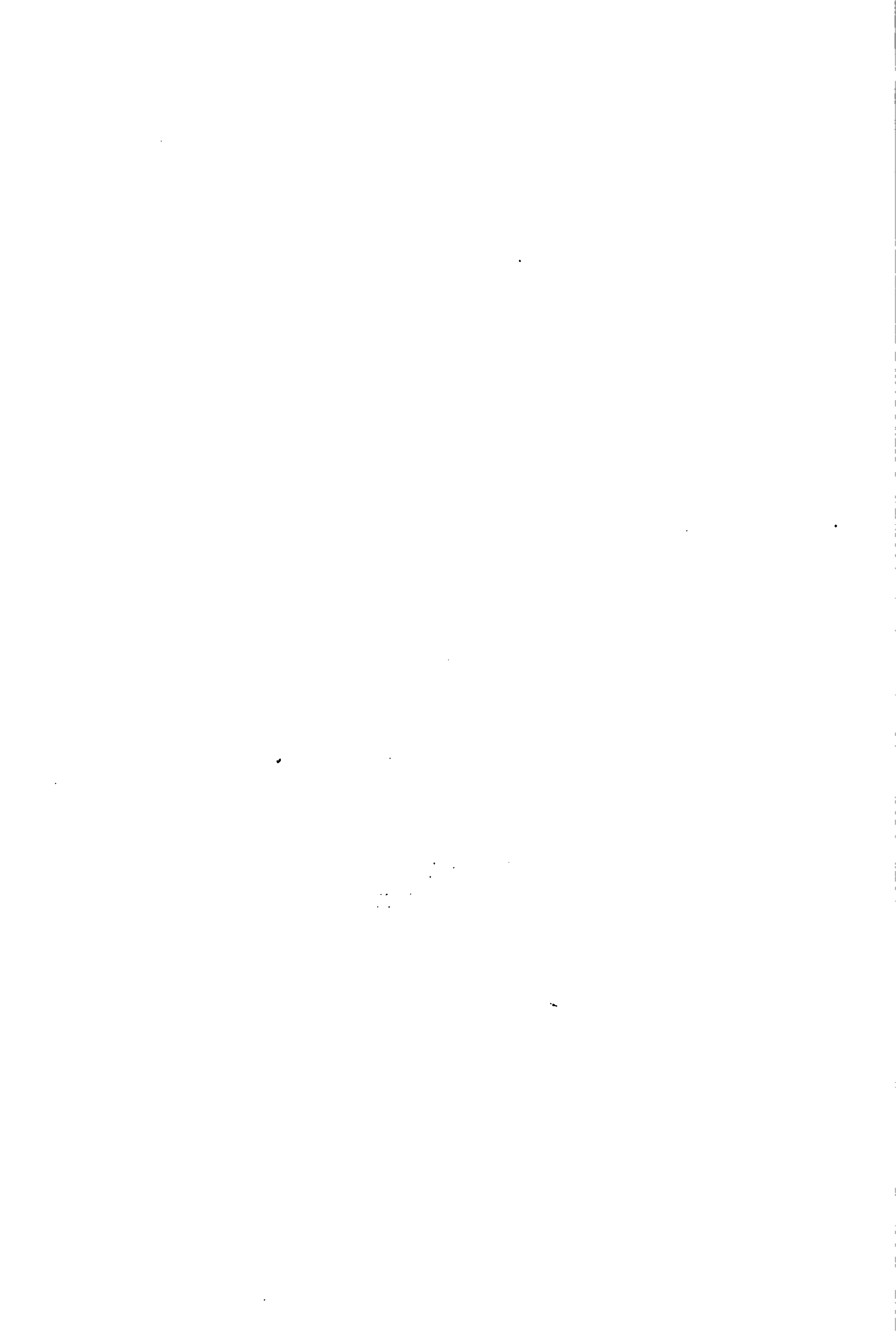
redigirt

von

F. Schuchardt,
Obermedicinalrath und Professor o. in Rostock.

Literaturheft
zum 55. Bande der Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie.

Berlin,
S.W. Anhaltstrasse 12.
Druck und Verlag von Georg Reimer.
1898.



1. Psychologie. Ref.: Fränkel-Dessau.

Neuburger, Max, Die historische Entwickelung der experimentellen Gehirn- und Rückenmarksphysiologie vor Flourens. — Stuttgart, Verlag v. Ferdinand Enke. 1897. —

Wenn auch der Gedanke, auf experimentellem Wege Probleme der Physiologie zur Lösung zu bringen, bis in das Altertum zurück zu verfolgen ist, so bricht doch erst in der Mitte des 17. Jahrhunderts neben der deduktiven Spekulation, die bis dahin vorherrschend war, die inductive Methode des Tierversuchs sich immer mehr Bahn: so sehen wir von *Thomas Willis* ab die experimentelle Physiologie, besonders auch die des Gehirns und Rückenmarks, durch eine ununterbrochene Reihe oft auf Irrwege geratender Forschungen zum Licht der modernen Wissenschaft führen. Verf. teilt die Geschichte der experimentellen Gehirn- und Rückenmarksphysiologie vor *Flourens* in 3 Abschnitte ein; die Periode von *Willis* bis *Haller*, das Zeitalter *Hallers*, und die Zeit von *Haller* bis *Flourens.* Die in der ersten Periode dominierende, von *Willis* aufgestellte Lokalisationstheorie wird in der zweiten Periode von *Haller* und seinen Anhängern regiert, welche mit ihrer Irritabilitätslehre für die Gleichwertigkeit der einzelnen Hirnteile eintraten; schliesslich gelangt in der dritten Periode, vor allem durch die bedeutenden Forschungen *Bell's*, *Magendie's*, *Flourens'* die immer mehr sich entwickelnde experimentelle Physiologie zu dem Lokalisationsgedanken zurück, für welche sie in Zusammenhang mit den Ergebnissen der Anatomie und der Klinik eine exakte wissenschaftliche Begründung schafft. Verf. bietet in seiner verdienstvollen Arbeit, welche sich durch eine schwungvolle Sprache auszeichnet, eine Fülle des Interessanten und Anregenden.

Scheven.

Tambroni und *Obici G.* Due casi di tumore dei lobi frontali (Riv. di Patol. nerv. e ment. Vol. II f. 4).

Die 2 Fälle von Tumoren der Stirnlappen, beide während des Lebens erkannt und durch die Sektion bestätigt, interessieren uns

an dieser Stelle insbesondere durch die Betrachtungen, die die Verf. über die psychischen Erscheinungen während des fast entgegengesetzten Verlaufes der Tumoren daran knüpfen. In dem ersten der beiden Fälle befand sich das Gliom, in Grösse eines Truthahneies, in der weissen Substanz des linken Präfrontallappens, bis zur Mitte von dessen Höhe, erstreckte sich nach unten auf die graue Substanz, nach hinten bis in den Nucl. candatus des Corp. striatum.

Die hauptsächlichsten Krankheitssymptome bestanden in rechtsseitiger Parese der Extremitäten, des ganzen Facialis-Gebietes, der Zunge, ohne sonstige Sprachstörungen; Myosis dextra; Sehkraft, Gehör und Geschmack stumpf, Anosmie, Reflexe normal; psychischerseits im Beginn der Krankheit (unter Ohrensausen, Kopfschmerz, periodischem Erbrechen): Gedächtnissschwäche, Unbeholfenheit bei geistiger Arbeit. Pat. sitzt meist stumm da und starrt vor sich hin, stöhnt oft, wird schlaflos und neigt zu Selbstmord; — in der Irrenanstalt öftere epileptische Anfälle; in den folgenden Monaten immer tiefere Demenz. — Tod durch linksseitige Pneumonie. Krankheitsdauer 2 Jahre. —

Im 2. Falle befand sich der Herd — eine grau-rötliche Breimasse 1 cm. vor dem Bregma, rechts von der Mittellinie in einer Einsenkung der Dura vor der Präcentralwindung, — mit Resten eines Sarkomes das, eigross, sich in die Tiefe erstreckt. Der 53 jährige Arbeiter hatte vor 16 Jahren an der entsprechenden Stelle der rechten Stirnhälfte einen Schlag erhalten, der ihn bewusstlos zu Boden geworfen; ein Knochenbuckel hatte sich allmählich daselbst entwickelt. Aber erst im Sommer 1896 beim Mähen in gebückter Stellung hatten sich die ersten Symptome des Leidens gezeigt, als: Schwindelanfälle mit Fallen nach vorn, heftiger Kopfschmerz in der rechten Stirnscheitelbeingegend, Ameisenlaufen und Kraftlosigkeit des linken Armes — leichte Parese des untern Facialis und linken Beines, bei normalbleibender Sensibilität der Haut. — Die psychische Veränderung zeigte sich darin, dass der anfangs noch geduldige, ruhige, intelligente Mann, häufig klagte, in Zorn geriet und Schmähworte ausstiess, dann plötzlich wie in Sopor dastand und durch Nichts zu erregen war; statt der früheren Todesfurcht machte er Selbstmordversuche. Während eines einmonatlichen Aufenthaltes in der Irrenanstalt zeigte sich fortschreitende Demenz, Abnahme des Gedächtnisses, Unfähigkeit einer Gedankenreihe zu folgen und die bezüglichen Fragen zu beantworten; vermehrte Reizbarkeit, Neigung zum Weinen. — Ausserdem wich die Zunge nach links ab, und die Muskelreflexe waren linkerseits erheblich gesteigert, die Sehkraft besonders auf dem rechten Auge schwach, der Geruch geschwächt. — Pat. wurde danach von Casati operiert, starb aber 2 Monate später marastisch in tiefster Demenz.

Bei Besprechung der beiden Tumoren in den Stirnhirnlappen stellen sich die Verf. die Fragen 1. Können die schweren psychischen Störungen, die ein Tumor der Stirnlappen hervorbringt, als Beweis für den Sitz der Intelligenz in den letzteren dienen?

2. Zugegeben, dass die Stirnlappen einen wesentlichen, notwendigen Anteil an dem psychischen Geschehen haben, — wann können die psychischen Störungen nach ihrem Erscheinen bei einem Kranken als sicheres Merkmal für den Sitz der Läsion — dienen?

Zur Frage 1 — ist sofort zuzugestehen, dass die beiden Fälle von Tumor der Theorie günstig sind, wonach die höheren Vorgänge der Intelligenz in den Stirnlappen lokalisiert sind (*Wundt*, *Hitzig*, *Flechsig* u. A. m.). „Die Theorie leidet indess an einem Hauptfehler, an Unbestimmtheit. Vor allem bestimmt sie nicht, was sich denn lokalisiert. Was ist die genaue Bedeutung des Wortes Intelligenz, oder besser gesagt, welche Dinge enthält sie? Den Einen ist das Wort gleichbedeutend mit Psyche, Andere, was besser ist, meinen darunter nur alle die intellektuellen Vorgänge, die von der Wahrnehmung ausgehen und den Gesetzen der Assoziation bis zur Idee, dem Urteil u. s. w. folgen. — Dass die Hirnrinde zum Zustandekommen dieser komplizierten Prozesse unversehrt sein muss, ist unbestreitbar, es fragt sich nur, welchen Anteil daran die Stirnlappen haben, und da scheint es, das sich in ihnen die letzten, kompliziertesten Phasen jener Prozesse vollziehen. Wenn auch nach Zerstörung derjenigen Zentren, denen die alleinige Zuführung der Materialien obliegt, Demenz entsteht (z. B. nach Worttaubheit) so entsteht doch auch Demenz bei Läsion der Stirnlappen, obgleich alle Eingangspforten für das Material zu Ideen, Urteilen und Assoziationen offenstehen. Aber auch andere Fragen erheben sich, als:

Sind die Stirnlappen ein Hemmungs- oder ein Assoziationsapparat? Sammeln sie enorme Mengen von Energie an, die beim psychischen Geschehen unter Entwicklung von Wärme und chemischer Prozesse sich entladen, — oder sind sie (wie Belmondo für das ganze Gehirn es will) einfache Umschalter, die je nach den Anpassungsgesetzen die Sinnesreize nach verschiedenen Richtungen leiten?

Die letzteren Theorien müssen noch dahin gestellt bleiben. Behufs ihrer Auffassung von der Besonderheit, sagen wir relativen Selbständigkeit des Vorderhirns, verweisen die Verf. auf ihren ersten Fall, wo die Verstandesstörung so frühzeitig eintrat und das naheliegende Sprachzentrum unbeeinflusst bleibe bis zum Tode. —

Die zweite Hauptfrage, die nach der Zeit, wann die psychischen Störungen als sicheres Merkmal für den Sitz der Läsion dienen, ist andern Orts zu besprechen.

Tanzi, E., I Limiti della psicologia.

In diesem sehr zeitgemässen Vortrag — über die Grenzen der Psychologie — bei Eröffnung der Vorlesungen an der psychiatrischen Klinik in Florenz nimmt Prof· *Tanzi* zunächst Stellung gegen die drohende Wiederbelebung mehr oder minder spiritualistischer Vorstellungen (Panpsychismus) auf dem Gebiete der Psychologie. Da es galt die Meinung zurückzuweisen, als ob die niedersten Lebewesen, bei ihren scheinbar willkürlichen, unbewussten Äusserungen, Eigenschaften besässen, die erst dem höchst entwickelten Nervensystem zukommen, so ist festzustellen, wo die Intelligenz beginnt und wo sie aufhört, d. h. zu zeigen, worin sie besteht, was sie bedingt und welches ihre Grenzen in der Welt der Lebewesen sind.

Alle psychischen Erscheinungen beruhen auf Empfindung, oder bewusster Unterscheidung. Es giebt in der Psychologie nur ein Faktum, die Sensation, nur ein Gesetz, die Assoziation. Das gilt nicht nur für die Vorstellungen, sondern auch für die Affekte und den Willen, insofern er den ersteren als Voraussicht und den letzteren als Verlangen angehört. — Empfinden heisst nichts anderes als unterscheiden. — Dieses Unterscheiden der verschiedenen Empfindungen im Bewusstsein beruht auf der Variabilität des letztern, indem es die Dinge nur insoweit auseinanderhält, als es sich selbst in verschiedener Weise fühlt. Die Aussenwelt ist die beständige Quelle des Variirens des Bewusstseins. — Wäre ein systematischer Zusammenhang zwischen dieser subjektiven und objektiven Welt nicht vorhanden, so würde der Mensch sein Lebenlang wie im Traume umhergehen, bestände aber nicht zugleich eine gewisse Regelmässigkeit und Constanz darin, so würden die psychischen Vorgänge ihn irre führen und für den Kampf ums Dasein untauglich machen. Schon eine geringe Abweichung davon, der Wahnsinn, führt zur Loslösung von der Gesellschaft und zum Erlöschen der Familie. — Vermöge der höheren Anpassungsfähigkeit sind wir im Stande, die sich ähnelnden Objekte ihrem Wesen und Wert nach im Bewusstsein logisch zu ordnen, indem die äusseren Eindrücke sich nicht direkt abspiegeln, sondern einer Verarbeitung unterworfen, zerlegt (analysiert) und wieder zusammengestellt werden (Synthese)· Die Analyse besteht darin, dass der Organismus von dem Objekt einige kleine Elemente empfängt, die, objektiv genommen, Differenzen sind und subjektiv zu Distinktionen werden. Zahlreiche Distinktionen bringen einen Komplex von Differenzen, d. h. ein neues Objekt zuwege, das mit andern ähnlichen, früher wahrgenommenen Bildern zur Identifikation der Objekte führt (Synthese). Der analysierende Apparat sind die Sinnesorgane, Apparat für die Synthese ist das centrale Seelenorgan (das Gehirn oder Nervenganglion).

Was die organischen Bedingungen der psychischen Erscheinungen

betrifft, so ist vor Allem die Isolirung der Wege erforderlich, auf denen die dynamischen Kräfte (Licht, Schall etc.) dem Centralorgan zugeführt werden, für welche besondere Strukturen gelten, die nur auf bestimmte Reize reagiren (Stäbchenschicht der Retina, Corti'sches Organ). Notwendigerweise müssen sie aber behufs Identifikation des Objektes mit den Spuren der Unzahl mannigfaltigster vorangegangener Eindrücke zusammentreffen, die an gewissen Sammelstellen im Centrum sich niedergelassen haben und in Wechselwirkung mit andern mehr oder minder lebhafte Erinnerungsbilder bewahren. — Anatomisch begründet ist die Isolirung in den die Empfindung leitenden Fasern nicht nur durch das den massgebenden Achsenzylinder umgebende Myelin, sondern auch durch die Neurogliahülle, deren Fasern und Zellen erst in vorschreitenden Stadien, auch der phylogenetischen Entwicklung, hervortreten. — Die Assoziation geschieht durch Überleitung von Zellen- zu Zellensystem, da die Fibrillen, die vom Achsenzylinder ausgehen (Max Schultze), bis in das Protoplasma der Zellen hineinreichen, wodurch die letzteren die ankommende Nervenwelle umgestaltet entladen zu können vermögen. — Die Anzahl baumförmig verästelter Nervenzellen, die oft sehr langen Fortsätze der Achsenzylinder, die assoziativen Faserbündel — vermitteln die unzähligen dynamischen Beziehungen, welche, wie gesagt, notwendig für die Intelligenz sind. — „Fragt man aber, ob die systematische Assoziationsfähigkeit dem Nervensystem überhaupt, d. h. allen seinen Teilen und in allen seinen zoologischen Formen zukomme, so antworte ich (sagt T.) mit Bestimmtheit: — Nein!" „Das Rückenmark hat kein Bewusstsein; es ist nicht wahr, dass Echinodermen und Cölenteraten welches haben. — Die Erhaltung des Organismus kann auch ohne Intelligenz und ohne Bewusstsein geschehen. — Die Selektions- und Anpassungserscheinungen (die scheinbar für Bewusstsein sprechen) erfordern kein Assoziationssystem — es genügt, dass eine Zellen- oder Neuronengruppe sensitiver Art, — Behälter mechanischer oder chemischer Kraft im Spannungszustande, auf der äusseren Bedeckung sich verbreitet und mit ihren Enden auf eine Gruppe motorischer Neuronen sich erstrecken. — Die Intelligenz entspringt der organischen Entwicklung der kleinen über ein grosses sie vereinigendes Centrum verstreuten Centren, — woneben die niederen Centren mit ihren automatischen Leistungen ganz gut fortbestehen hönnen. — Die ausserordentlich komplizierten Neurone der menschlichen Hirnrinde vereinfachen sich, je tiefer man auf der Stufenleiter der Tierwelt hinabsteigt. — Die Kunstfertigkeiten der Ameisen, Bienen u. s. w. beruhen auf dem Stillstande der Entwicklung ihrer Neurone und — vererben sich gleich wie sich beim Menschen Talente und Gewohnheiten vererben, die zunächst durch nicht geringe Hirnarbeit erworben werden mussten und schliesslich durch Übung zu unbewussten Handlungen gewisser-

massen degeneriren. „Denn die Instinkte und Gewohnheiten gestalten sich nicht blos von unten her — vermöge einer Vervollkommnung der Reflexbewegung — sondern auch von oben her, durch einen Verfall des Willens und Bewusstseins." —

Guicciardi, G. e Ferrari, Di alcune associazioni verbali (Riv. di Fren. XXIII, 3.).

Da die bisherigen Versuche, die Gesetze der psychischen Association auf ihre letzten Elemente zurückzuführen, noch keinen befriedigenden Aufschluss gegeben haben, so versuchten es die Verf. mit einem neuen „Test", der Wortassoziation durch Assonanz. Man weiss, welch' ein inneres Behagen Rhytmus und Reim bei einfachen, kindlichen Gemütern erregen, wie Alliterationen zu Witz- und Wortspielen, ja selbst zu Mythenbildung gedient haben — und welche Rolle sie bewusst oder unbewusst bei Geisteskranken spielen. „Falsche Gedanken, sagt Schopenhauer, gewinnen, in Versen ausgedrückt, einen Schein von Wahrheit." — Der Versuch mit dem Auffinden von Reimen, wie ihn die Verf. an 54 Individuen, Angehörigen ihrer und anderer Collegen, im Alter von 6—8 bis 62 und 67 Jahren, angestellt haben, ergaben Aufschluss über die Denkweise, insbesondere über die Beeinflussung und das automatische Spiel der Versuchspersonen. Diese 30 M. 24 W. (darunter 15 M. und 11 W. unter 30 J.) waren zwar gewohnt, mit Leichtigkeit zu schreiben, aber nicht in Versen. Es wurden ihnen verdeckte Bogen mit der Überschrift der 5 Endsilben

ile, eno, ago, onde, olle

vorgelegt und sie aufgefordert, im gegebenen Moment des Aufdeckens, so schnell und so viele entsprechende Reime wie möglich binnen 10 Minuten darunter zu schreiben. Der Beobachter stand mit der Uhr dabei und notirte Minute für Minute die Zahl und Ordnung der gefundenen Reime, das Benehmen, Bewegungen und Worte der Schreibenden. Nach 5 Minuten wurde eine kurze Rast vergönnt. Nach Ablauf der 10 Minuten die Zahl der richtigen und der falschen Reime, die Art (ob professionelle oder persönliche) der Ausdrücke u. s. w. zusammengestellt und die Mittelzahlen gezogen. —

Aus den verschiedenen, nach Alter (unter und über 30 Jahre) im Geschlecht der Schreibenden beigegebenen Tabellen ergiebt sich, dass die Zahl der gefundenen Reime, die anfangs aus dem reichen Wortschatz rede- und schriftgewandter Personen automatisch, hervorsprudelten, von Minute zu Minnte abnahm und das, was anfangs als Spiel erschien, durch das erforderliche Nachdenken zur krafterschöpfenden Arbeit wurde.

Auf Seite der Frauen trat schliesslich eingestandenermassen völlige Gedankenlosigkeit (Aidea) ein. Bei ihnen zeigte sich zum Unterschiede

von den Männern, in der Aufzeichnung der Reime der Umstand, dass sie bei der Ausfüllung einer Rubrik beharrten, ehe sie zu der andern übergingen, während die Männer sprungweise verfuhren. Beide knüpften, sobald ihr Vorrat an unwillkürlichen Einfällen erschöpft war (d. i. zwischen 4—6 Minuten), entweder an Gehör-, Gesichts- oder auch an motorischen Erinnerungen an. Ein Beispiel zu einem dieser 3 Typen giebt die Mitteilung eines jungen Arztes wie er dazu gekommen sei die erste Rubrik (ile) auszufüllen; er habe kurz zuvor über Paralysis senilis gelesen, sich eines vor 2 Jahren stattgefundenen Besuches bei einer alten Paralytischen auf dem Lande und der dort gesehenen Gegenstände (canile u. s. w.) erinnert. Ein anderer knüpfte an Liederreimen an, die er gehört, ein Dritter verfolgte mit dem Finger die geschriebenen Zeilen (ad litteram). Ihren Zahlen entsprechend fanden die Verf. die Assoziation an Sinneseindrücken häufiger als die an Ideen und unter jenen vorwaltend die des Anklanges, der Assonanz. Mit der letztern beginnt auch die Sprache des Kindes. Das Hörcentrum des Gehirnes ist das am frühesten ausgebildete. Die Schallwelle, die es trifft, pflanzt sich fort und wird als Reflex vom Sprachcentrum automatisch wiederholt. Die Assonanz ist im Grunde nichts anderes. Die Muskelbilder, die beim Tone gewisser Worte entstehen, rufen den Ton ähnlich lautender hervor. Derselbe Mechanismus findet bei der Niederschrift jener ersten automatischen Reime statt. Pflanzt sich die Erregung vom Hörcentrum auf andere Hirngebiete, etwa auf die „emotionellen" Centren fort, so haben die weitern Assoziationen nicht mehr denselben untergeordneten Wert einfacher sensorischer Reflexe. Reime, die auf dem Wege des Raisonnements gesucht werden müssen, sind darum wenig erfreulich. Die zwei oder mehr Worte, die den Reim bilden, haben an sich nichts Verwandtes, als den mechanischen Klang. Im Deutschen wenigstens begegnen wir nur selten Reimen, deren Glieder dem Grundbegriffe nach mit einander verwandt sind, oder im Kontrast stehen, beispielsweise Saus und Braus, Schutz und Trutz. — Es steht zu erwarten, dass der neue Test noch weitere Früchte treibt. —

1) *Max Wolff.* Die psychische und sittliche Entartung des modernen Weibes. Leipzig 1896.

2) *Kurnig.* Das Sexualleben und der Pessimismus. Leipzig 1897.

Ein günstiger Zufall hat die beiden, ihrer Tendenz nach durchaus verschiedenen, Schriftchen, die das psychologische Interesse insofern in Anspruch nehmen, als sie die psychische Stimmung der modernen

Zeit abspiegeln, dem Berichterstatter gleichzeitig überwiesen. Ihr Gemeinsames ist die Verstimmung, in

1) mit dem konservativen Gedanken gemischt, die Gesellschaft spez. das Weib, auf normale Zustände zurückzuführen; in
2) mit dem nihilistischen des Mephisto, dass Alles was entsteht, wert ist, dass es zu Grunde geht.

Wolf's „Aschermittwochpredigt" sticht allerdings, trotz mancher grellen Farben, in angenehm warmer Weise von dem finsterkalten Hohn ab, mit dem die seit Urzeiten bestehenden Schäden im Sexualleben der Menschen als erlösende vom Übel des Daseins in Nr. 2 begrüsst werden. — W. geht von dem Grundsatz aus, dass der Mensch fin du siècle, infolge der von ihm selbstgeschaffenen Zivilisation, einer allmählichen Degeneration entgegengeht; seine Lebenskräfte — durch verfeinerten Lebensgenuss und gesteigerte Anforderungen an die Leistungsfähigkeit rascher aufgerieben werden, als dies in früheren Zeiten der Fall war. Trotz der ungeheuren Errungenschaften, Erfindungen und Entdeckungen — „ist der moderne Mensch im Zeitalter der Elektrizität keineswegs gesund, ruhig und zufrieden, der Wurm, der an der Frucht des Kulturlebens nagt, ist die „Nervosität" (Krafft-Ebing), andere nennen ihn Pessimismus, andere Skeptizismus." Die angebliche „Vermehrung der Selbstmorde und Geisteskrankheiten", der Genuss der Alkoholika und Narkotika, die sozialen Kämpfe, Militarismus, Sozialismus, Pauperismus, Antisemitismus, Prostitution, das Leben der Grossstädte u. A. m. dienen als Unterlage in der Besprechung der Entartung des menschlichen Geschlechts im Allgemeinen (Kap. 1) und bilden den Übergang zu Kap. 2 die Entartung des weiblichen Geschlechtes betreffend.

Sehr geschickt, einfach und klar knüpft Verf. an die physiologischen und psychologischen Unterschiede zwischen Mann und Weib an, aus denen nicht etwa die Inferiorität des Weibes, wie Schopenhauer und Hartmann behaupten, hervorgeht, sondern die Zugehörigkeit, auf der die Bisexualität des Menschen und der Thiere beruht. Dem Manne ist neben der grössern physischen Kraft die produktive, dem Weibe die rezeptive Seite der geistigen Veranlagung zugefallen, womit sie sich bei der Arbeitsteilung gegenseitig zu ergänzen, sich Hilfe zu leisten haben. Der Mittelpunkt gemeinsamer Arbeit ist die Familie und in dieser das Haus und der Herd.

Die feiner organisirte intellektuelle Begabung der Frau und ihre zartere Empfindungsfähigkeit machen sie geschickter zur Besorgung des letztern, zur Pflege und Erziehung der Kinder, zur Ordnung des Haushalts u. dergl. m.

Ist so der engere Berufskreis der Frau vorgezeichnet, so soll damit nicht gesagt sein, dass das Weib bloss auf Mägde- und Haremsdienste angewiesen sei, wie bei den antiken Völkern und wie es im Orient noch

heute der Fall ist. Die Frau hat ihr Anrecht an den Fortschritten der Zivilisation so gut wie der Mann, und wir sehen ja, wie sie fin du siècle ihren Anspruch auf höhere Bildung in der „Frauenfrage“ geltend macht. — Der Verf. sieht nur in der Übertreibung der letzteren eine Stufe der Degeneration und mahnt Diejenigen, die der innere Drang oder die Not der sozialen Verhältnisse zu einer selbständigen Stellung zwingen, nur solche Berufe zu wählen, wozu ihre physischen und geistigen Kräfte ausreichen und die Konkurrenz sie nicht zu Boden drückt, jedenfalls aber sich einen Rückhalt durch die Erziehung für das Haus zu verschaffen. Die Vernachlässigung dieser Erziehung, die Vernachlässigung der Mutterpflichten, die schlechte Ernährung, die Verzärtelung der Kinder, die Überfütterung der unreifen „höheren Töchter“ mit unverdautem Wissen, mit lüsterner Romanlektüre, mit Kunstfertigkeiten ohne Verständnis, Geschmack und Genuss, die Förderung der Genuss- und Gefallsucht, Eitelkeit, der „Modeteufel“, die Jagd nach Reichtum, Glanz, das Protzentum — anstatt der häuslichen Tugenden der Einfachheit und Bescheidenheit — das sind die Ursachen und Folgen des leiblichen und geistigen Siechtums und der Degeneration, die uns der Verf. meist als etwas Bekanntes, aber oft in ergreifender und jedenfalls lesenswerter Rede in den ff. Kapiteln schildert. Er versäumt auch nicht als Arzt die hygienischen Massregeln anzugeben, mit denen dem Schaden noch begegnet werden könne, und ist es gewissermassen tröstlich, dass es mit der Verkümmerung des weiblichen Geschlechts fin de siècle doch nicht so gar schlimm steht, wenn man hört, dass eine „Aschermittwochpredigt“ schon in der 3. Auflage einen Absatz von 9000 Exemplaren und zwar meist in der Frauenwelt erzielt hat.

Weniger verlockend ist der cynische Schluss der Busspredigt in No. 2. Nie Kinder gezeugt zu haben — das sei Dein Trost — wenn Du stirbst.“ —

Langwieser, *Karl*. Der Bewusstseinsmechanismus im Gehirn des Menschen. Franz Deuticke, Leipzig-Wien, 1897.

Im Jahre 1871 hat der damalige Secundärarzt in der Niederösterreichischen Landesirrenanstalt in Ybbs, *Dr. C. Langwieser*, ein Schriftchen „Versuch einer Mechanik der psychischen Zustände (bei Czermak, Wien) 64 S.“ veröffentlicht, das zu dem vorliegenden so verwandtschaftliche Beziehungen verrät, dass beide vermutlich aus ein und derselben Feder geflossen sind. Wenn Verf. nach einem Vierteljahrhundert seiner Bemühungen um die Sache darüber klagt, dass eine wissenschaftliche Erklärung des Begriffes Bewusstsein, des eigentlichen Kernes der Psychologie, auch unter den Gelehrten von Fach nicht fest-

steht, wenn er gegen den „Mystizismus und den Aberglauben" streitet, der das Bewusstsein in eine metaphysische Psyche verlegt, oder auch bis in das Protoplasma der Zelle verfolgt, wo Nervensubstanz noch nicht vorhanden ist, so wird man ihm beipflichten müssen. Aber, wie die Weltgeschichte hat auch die Wissenschaft keine Eile.

Auch dem Verf. ist das, was er vor einem Vierteljahrhundert als Fiktion auffasste — die Annahme, dass das Kleinhirn das Ichheitsorgan repräsentire, — erst jetzt zur Gewissheit geworden, mit deren Hilfe er nicht nur das Bewusstsein erklärt, sondern auch die ganze Psychologie zu einer wirklichen Wissenschaft zu erheben bemüht ist.

Auf den 67 Seiten der gegenwärtigen Schrift behandelt *Langwieser* I. Die Prinzipien der Bewusstseinserklärung; II. Das Regulationsorgan im Gehirn; III. Die Mechanik des Schlafes; IV. Das Zustandsbewusstsein. Gefühl; V. Das Gegenstandsbewusstsein. Vorstellung.

Das Bewusstsein ist keine einfache Substanz. Um erklärt zu werden, muss es in seine Bestandteile zerlegt werden. Es geht aus einer Menge unbewusster Vorgänge hervor — tritt aber erst in die Erscheinung durch die Unterscheidung der Ichheit, die der Automat nicht kennt, obgleich er „dieselben Nerven mit denselben Leistungen besitzt wie ein bewusstes Wesen." Dazu ist ein besonderes Organ, das Ichheitsorgan erforderlich, welches dem Vorstellungsorgan — dieser riesigen Ansammlung von Vorstellungs-, Begriffs-, Wort- und Fertigkeitsapparaten — dem Grosshirn gegenübersteht und mit ihm zusammen die Bestandteile des Bewusstseinsmechanismus bildet." Man errät, dass unter dem Ichheitsorgan das Kleinhirn verstanden wird. Seine Aufgabe ist — im Kampf um das Dasein — alles Unangenehme, Schmerzliche, Schädliche abzuwehren und das Angenehme, Nützliche, das ihm von den andern sogenannten Centralstellen zufliesst, sich anzueignen; es hat also die Wahl und damit auch die Qual; es regulirt die Thätigkeit eines, und zwar immer nur die eines einzigen der zahllossen Hirnapparate. — „Das Ichheitsorgan ist vorstellungslos und besitzt lediglich die Kraft zum Hemmen und Fördern, es ist das Organ der Triebe und Hemmungen, Organ der Affekte und des Willens."

Diese physiologischen Forderungen werden auf folgenden anatomischen Bahnen befriedigt. (S. *Aeby's* Schema des Faserverlaufes im menschlichen Gehirn und Rückenmark. Bern, 1883)

1. Die Kleinhirnseitenstrangbahn — ist (nach *Obersteiner*) grobfaserig, frühzeitig — im 6. Fötalmonat (*Bechterew*) markhaltig, also reif, beginnt in der Lendenschwellung des Rückenmarks, endigt im Wurm des Kleinhirns, dem sie die intensiven Erregungszustände des Rückenmarkes, d. h. die sinnlichen Schmerz- und Lustgefühle zuführt, wodurch sie erst zu bewussten Zuständen, zu Gefühlen werden. — Andere, gleichfalls centripetale Fasern leiten aus den weissen Hintersträngen

auf der Schleifenbahn taktile Empfindungsreize, am Kleinhirn vorüber, in den Tastsinnsrindenbezirk d. h. in die beiden Centralwindungen des Grosshirns.

2. Die Kleinhirn-Olivenbahn leitet zentrifugal die der Rindenoberfläche des Kleinhirns zugeführten centripetalen Reize, die Gefühle, von seinem Centralorgan, dem Nucleus dentatus, aus in das Rückenmark.

3. Die Gefühle aller Bezirke der Grosshirnrinde, d. h. die sogenannten höhern oder Vorstellungsgefühle, verteilen sich in der Rinde der Kleinhirnhemisphäre und zwar jedes Gefühl in der ihm zugewiesenen Windung. Die betr. Bahnen gehen durch den Hirnschenkelfuss in die Brücke und von da durch die mittleren Kleinhirnstiele auf die Kleinhirnhemisphärenrinde; — wodurch der Erregungszustand im Grosshirn auf das Ichheitsorgan einen Reiz ausübt.

4. Die centrifugalen Impulse vom Kleinhirn ins Grosshirn gehen vom Nucleus dentatus durch die Bindearme, durch den Nucleus tegmenti ruber in den Thalamus und in den Linsenkern. — Die letztere Trennung der Kleinhirnimpulse scheint auf eine Scheidung der Willensimpulse oder Thatimpulse von den Aufmerksamkeitsimpulsen hinzuweisen. Die Willensimpulse greifen direkt in die bewussten Handlungen ein und gehen wahrscheinlich in den Thalamusbahnen, die Aufmerksamkeitsimpulse reguliren die theoretischen, sprachmotorischen Thätigkeiten des Grosshirns, das Wahrnehmen, Denken und Sprechen und laufen in die Linsenkernbahnen.

So hätten wir denn ein handgreifliches anatomisches Schema, mit dem die psychischen Vorgänge nach Bedarf sich physiologisch leicht erklären lassen, was namentlich für die Psycho-Pathologie von grösster Bedeutung wäre.

Verf. giebt ein Beispiel seiner Anschauungsweise in dem Verhalten des Kleinhirns als Regulationcentralorganes gegenüber der vorstellenden Thätigkeit des Grosshirnes — in Beziehung auf Gehörshalluzinationen. „Diese bestehen nicht in einem Reizungszustande des Hörsinnszentrums, sondern in dem gestörten Verhältnis des Kleinhirns zum Grosshirn, in dem Schwächezustand des Kleinhirns, der es ermöglicht, dass die Vorstellungsprozesse einen selbständigen Verlauf nehmen, etwa wie die Träume im Schlafe, weil die Regulirung derselben nicht kräftig regulirt wird.“ Eine andere Funktionsstörung des Ichheitsorgans äussert sich als Schwindel, wobei es seine Funktionsunfähigkeit selbst fühlt.“

In dem folgenden Kapitel über den Schlaf sagt Verf., es muss das Kleinhirn vom Grosshirn irgendwie durch einen Mechanismus abgesperrt sein — es fehlt das Bewusstsein. Die centripetalen Gefühlsbahnen vom Gehirn aus haben wahrscheinlich ihren Absperrungsapparat

in den Brückenkernen, die centrifugalen Impulse im Nucleus tegmenti ruber. — Gegen das Rückenmark ist das Kleinhirn im Schlafe nicht abgesperrt, — so dass die Lustgefühle sich äussern können. Während der Hypnose ist auch das Rückenmark vom Gross- und Kleinhirn abgesperrt.

Es wäre unbillig noch weiter den Inhalt der jedenfalls originellen und langdurchdachten Arbeit durch immerhin aus dem Zusammenhang gerissene Bruchstücke zu verraten. Der Leser wird durch die Entschiedenheit, mit der der Grundgedanke, dass das Kleinhirn das Ichheitsorgan sei, durchgeführt ist, Anstoss zu weiterm Nachdenken finden, wofür die Anknüpfungspunkte in der Schrift vielfältig gegeben sind. Dem Refer. ist es auffällig, dass der Verf. sich nur auf Flourens' alte Experimente bezieht, und das neue klassische Werk Lucianis' über das Kleinhirn weder zu Gunsten seiner Theorie, noch als Einwand dagegen benutzt hat.

Hirth, Georg, Energetische Epigenesis und epigenetische Energieformen, insbesondere Merksysteme und plastische Spiegelungen. München-Leipzig, G. Hirth's Verlag 1898.

Wie seine in 2. Auflage erschienene Lokalisations-Psychologie bezeichnet der vielseitige Verfasser auch diese Schrift als Programmschrift für Naturforscher und Ärzte.

Sie ist dem Andenken des geistreichen Begründers der epigenetischen Entwicklungslehre *Chr. Fr. Wolf*, des Verfassers der theoria generationis gewidmet, zu der in schroffem Gegensatz die *Haller*'sche Lehre von der Präformation alles organischen Lebens steht. Die Parteien stehen sich auch heut noch gegenüber, da eine wahrhaft wissenschaftliche Lösung der Frage nach der Entstehung des Lebens resp. des Biogens (lebendiges Eiweiss), auf experimentellem Wege bis jetzt nicht möglich erscheint. Namentlich sind es die psychischen Vorgänge, vor denen die Physiologen trotz aller grossartigen Entdeckungen der Neuzeit auf dem Gebiete der Physik, Chemie, Anatomie und Entwicklungsgeschichte zurückscheuen (vgl. *L. Luciani,* Fisiolog. del uomo. Milano, 1898) obgleich die Auslösung aller lebendigen Spannkräfte infolge des beständigen Stoffwechsels im lebenden Organismus schon längst anerkannt ist (vgl. *O. Funke,* Lehrb. d. Physiologie ed. V. 1869). Hier setzt der Verf. mit seiner Theorie von der energetischen Epigenesis insbesondere ein. Energie ist das Vermögen des Organismus und seiner einzelnen Teile, sich nach ihrer Art zu bethätigen, die lebendige Kraft, die ihm von allen bekannten Medien (Elektrizität u. s. w.) zufliesst, ohne mit diesen identisch zu sein. — Die „Epigenesis“

beruht auf der Anschauung, dass die allmälige Entwicklung der normalen Formen und Metamorphosen (des Embryo) eine Folge von vererblichen sehr komplizierten Prozessen chemischer und physikalischer Natur seien. — Stellen wir uns vor, dass diese an die kleinsten und sogar nur hypothetischen Formen der Substanz, an Atome und Moleküle, gebunden, in beständigem Wechsel entstehende und vergehende, krafterzeugende Vorgänge sind, mit denen die Natur seit Myriaden von Jahren formt, wirken und wachsen lässt, so haben wir ungefähr ein dürftiges Bild von dem, was der Verf., wenn wir ihn richtig verstehen, unter energetischer Epigenesis meint. — Sätze, wie der etwas paradoxe: „Die Energie ist „die Mutter der Form“ „die energetische Entwicklung des Individuums ist die abgekürzte Wiederholung der energetischen Namensentwicklung“ werden verständlich, wenn der Energiestand mit „allen seinen Schwankungen im Verlaufe des Lebens (der stärkste Energiewechsel ist der Übergang zum Tode)“ in seiner Bedeutung anerkannt wird. Müssen wir annehmen, dass der Zuwachs (Epigenesis) des Stoffstromes, wie ihn schon der Fötus zu erkennen giebt, gleichzeitig einen Zuwachs des Energiestromes mit sich bringt, dass neben der Form auch die Funktion wächst, so müssen wir auch zugestehen, dass das „nicht bloss für den Gesamtorganismus, sondern „auch für jedes einzelne Organ, für jeden Apparat, für jeden Nervenkomplex, ja für jede einzelne Nervenzelle und ihre Dependenzien“ gilt. Dass die verschiedenen Apparate und Organe ihre eigene Energie und energetische Wachstumsspannung besitzen, — lässt sich aus den spezifischen Funktionen der Bewegungs-, Zeugungs· Sinneswerkzeuge — und für Gehirn und Rückenmark aus den „psychologischen Thatsachen“ erkennen (S. 35). Dass die Varietäten der Veranlagung im Bereich der menschlichen Gehirnthätigkeit so zahlreich sind, wird begreiflich, wenn wir jeder der vielen Hunderte von Millionen Zellen der Hirnrinde eine gewisse selbständige energetische Epigenesis zusprechen, da dieselben ausser ihrer aktuellen Irritabilität auch die eigentümliche Energie des Gedächtnisses besitzen und in ihren systematischen Verbänden sich gegenseitig beeinflussen.“ — „Jede Zelle gehört zunächst einem engern Hilfs- und Alarmverband an; diese stehen untereinander in vielfachen Wechselbeziehungen, helfen und schädigen sich gegenseitig“ je nachdem ihre Kraft von Schwesterzellen entlehnt oder ersetzt wird.

Haben wir also in jedem höher organisirten Lebewesen eine Vielheit energetischer Verbände vor uns,“ so hat auch jeder dieser Apparate seine eigenen Gesetze — von der Entwicklung zur Reife bis zur Sterilität, seine epigenetischen Stationen. — Dem normalen Kraftstand und Energiewechsel — der Gesundheit, die dem Verf. das beste Präservativ gegen fehlerhafte Ernährung, Wucherungen — und

funktionelle nervöse und psychische Störungen zu sein scheint — (S. 41. 40) steht die falsche, krankhafte, über das gewöhnliche Maass hinausgehende energetische Entwicklung (erbliche wie erworbene Defekte, Hypertrophien und Anästhesien) gegenüber. — Die Frage der Vererbung, auch erworbener Eigenschaften ist auf dem Gebiete der energetischen Epigenesis leichter als sonst wie zu lösen. Dabei handelt es sich um die Übertragung von Produkten der ganzen Lebenshaltung; körperliche und geistige Thätigkeit und die abnormen Zustände bestehen nicht nur in Steigerung der Irritabilität, Sensibilität, — die sogar stabiler, als die anatomischen Formen, auch leichter ersetzbar und vererblich sind.

Deshalb ist auch epigenetische Entlastung zu erhoffen, denn so lang das einzelne Kraftlokal (Zellenverband) noch lebt, dürfen wir an der Wiederherstellung des urelterlichen Energiestromes nicht verzweifeln. Das giebt eine Erklärung des Atavismus. — Auf die Frage, ob dem Menschen eine noch ungeahnte Entwicklung beschieden sei, antwortet Verf. mit Warum nicht?

Im 3. Kapitel behandelt Verf. die epigenetischen Energieformen, für die er — aus innerer Erfahrung — 4 grosse Gruppen — ohne Präjudiz — aufstellt, nämlich Äusserungen der werbenden Energie (Wachstumsspannung, Fortpflanzung und Regeneration) dynamisch-funktionelle Energie (Leitung, Irritabilität, Kontraktilität, Bewegung); Coercitivkraft (Sensibilität, Gedächtnis, psychologische Assimilation, psychische Permanenz der Triebe und Hemmungen); Korrelation (Bewusstsein, Assoziation, Systematik, Phantasie, Kausalität).

Die Betrachtung dieser Verhältnisse und der mit einer gewissen Vorliebe durch alle Instanzen hindurch verteidigten — Merksysteme, kann der Ref. als die Konsequenz der im Obigen angeführten Sätze dem Leser der jedenfalls höchst bemerkenswerten Erscheinung der Literatur füglich selbst überlassen.

Die Kritik, welche der mit den scharfen Waffen der modernen Wissenschaft ausgerüstete Verf. an den verwickelsten Problemen der Psychologie übt, zeigt sich besonders selbständig auf seinem eigensten Gebiet, der Kunstphysiologie, indem er mit dem geübten Künstlerauge die sogenannten Gesichtstäuschungen verwirft und seine eigene Theorie vom stereoskopischen, plastischen Sehen hochhält. —

Zum Verständnis der Merksysteme sei noch folgendes hinzugefügt. Den Namen hat Verf. von „merken" etwas gewahren und im Gedächtnis „dem Merks" bewahren, und zugleich abgrenzen „marken" hergeleitet. Ein System von Gemerktem bedeutet die dauernde potentielle Zusammenschliessung gewisser verschieden lokalisierter Merkkörper oder auch Merkgenossenschaften unseres Nervenstaates (S. 80) d. h.

Grundgedächtnisse. Merksysteme sind also dynamische Zustände (S. 91), denen der Begriff der Empfänglichkeit für Reize (Irritabilität), der des Festhaltens (Coerzitivkraft) in der räumlichen Begrenzung (Lokalisation) zu Grunde liegt (S. 81). Bei den niedrigsten Thüren beschränken sich dieselben nur auf wenige Empfindungs- und Bewegungskomplexe, die grösstenteils angeerbt und reflexartig eintreten, ja vielleicht nur auf einen einzigen Reflexbogen (S. 86). Je mehr diese festen nervösen Verbindungen bei den höhern Thierarten sich komplizieren, desto mehr treten auch individuelle Verschiedenheiten hervor, die nicht bloss auf Anerbung, Ernährung u. s. w. beruhen, sondern auch auf individueller Anpassung (Übung, Nachahmung, Dressur). In dem hochentwickelten Nervensystem des Menschen steigert sich die vieltausendjährige Mitgift an unzählbaren Merksystemen durch immer neue Assoziationen zu höchster psychischer Entfaltung. Allerdings nicht ohne Kollisionen und Hindernisse. Deshalb lässt sich, wie von Epigenesis auch von einer Pathologie der Merksysteme sprechen, von funktionellen geistigen Störungen, die ohne bisher für das Auge sichtbare Läsionen, doch wohl im Grunde nur auf sich hemmenden Zuständen der Kraftstandlokale (Zellenverbände, Molekularbewegung u. dgl. m.) beruhen. —

Schäfer, Rud., lic. theol. — Die Vererbung, ein Kapitel aus einer zukünftigen psycho-physiologischen Einleitung in die Pädagogik. Berlin, Reuter und Reichard 1898.

Wie sehr es „an der Zeit ist," den Auf- oder Umbau der Psychologie auf physiologischer resp. biologischer Grundlage zu fördern, ist nicht blos aus der oben besprochenen Schrift *G. Hirth's* mit ihren die alte Schablone der metaphysischen Schulideen umstürzenden Thesen ersichtlich, sondern auch aus dem lebhaften Anteil, den Pädagogen und Theologen an den Bestrebungen nehmen, die Ergebnisse der neuern psychologischen Methoden praktisch zu verwerten. Zeugnis dafür liefert das Unternehmen, an dessen Spitze die Proff. Schiller und Ziehen, in Verbindung mit den berufensten Physiologen, Psychiatern und Pädagogen die „Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie" im Verlage von Reuter und Reinhard erscheinen lassen. Vorversuche im Laboratorium sollen durch Massenbeobachtungen in der pädagogischen Praxis nach übereinstimmenden Methoden geprüft werden (v. Programm bezügl. Ermüdung). — Aus ähnlicher Bestrebung ist die vorliegende Schrift über „Vererbung" hervorgegangen, die einen Teil des pädagogischen Seminarunterrichtes, neben Physiologie der Sinneorgane, Psychologie und Physiologie des Kindes in genetischer Darstellung nach des Verfassers unmassgeblichem Vorschlage zu bilden habe.

Der Inhalt der Schrift bietet eine sehr anerkennenswerte, eingehende Zusammenstellung I. der verschiedenen ältern und neuesten Vererbungstheorien. II. über erbliche Veränderung. III. Anteil von Mann und Weib bei der Zeugung. IV. Entstehung und Vererbung individueller Eigenschaften und Krankheiten. V. Degenerescenz und Abschwächung der erblichen Anlage, — kurz Ansichten über Dinge, die man selten so übersichtlich und ausführlich beisammen findet. Dass das Studium derselben auch für den Arzt wie für den zukünftigen Pädagogen von Nutzen sein kann, wie es dem H. Verfasser in seiner Berufsthätigkeit nützlich gewesen, ist selbstverständlich, nur zu bedauern ist es, dass er mit den Beispielen aus eigener Erfahrung an dieser Stelle so zurückhaltend ist. Schwierig wird es aber den Studierenden werden, für welche der mannigfaltigen Vererbungstheorien sie sich entscheiden sollen, obgleich der Verfasser selbst der Weissmann'schen Theorie, die die Vererbung erworbener Eigenschaften verwirft, den Vorzug giebt. Dankenswert sind ausser den zahlreichen Angaben zur Litteratur auch die zur Geschichte der Vererbungs- und Entwicklungstheorien.

---

2. Psychophysik. Ref.: Dessoir-Berlin.

Sherman, Frederic David, Über das Purkinjesche Phänomen im Centrum der Netzhaut. Philos. Studien, XIII, 3.

Die sog. Purkinjesche Figur zeigt die Schatten der Blutgefässe der Netzhaut und eine Scheibe, die dem gelben Fleck entspricht. Neuerdings hat man nun das Fehlen dieser Figur im Retinacentrum behauptet und daran Theorien über die „Farbenblindheit" der Stäbchen angeknüpft. Hiergegen lehren *Shermans* Versuche, dass Purkinjes Phänomen im Centrum unter denselben Bedingungen wie in der Peripherie gesehen wird und dass das Farbloswerden im indirekten sowie im direkten Sehen nicht auf einen Stäbcheneffekt bezogen werden kann.

The American Journal of Psychology. VIII, 3 und 4.

Diese beiden Hefte der immer vortrefflicher sich gestaltenden Zeitschrift enthalten viele experimentelle Beiträge. Wir heben zunächst Herrn *Pillsburys* Studie über die Apperzeption hervor, die von dem Lesen von Worten mit verdruckten Buchstaben ausgeht, die subjektiven und objektiven Faktoren hierbei zergliedert und zu dem Ergebnis führt, dass unsere herkömmlichen Einteilungen der Verstandesthätigkeiten verbessert werden müssen. Diese Untersuchung zeigt, wie wichtig psycho-

logische Versuche für die Beschreibung der sogenannten logischen Vorgänge werden können. — Eine Untersuchung von Mils Asem Tucker über unwillkürliche Bewegungen bestätigt zunächst, was schon vorher bekannt war, dass nämlich die Unterschiede des Geschlechts und Alters in diesen Dingen keine grosse Rolle spielen und dass wir eine Neigung haben, die Bewegungen bewegter Reize nachzuahmen; ausserdem wird festgestellt, dass wir beim Anblick eines Gegenstandes nicht notwendig nach ihm hinstreben, wie man bisher angenommen hat. — Einer Mitteilung aus dem Kirschmannschen Laboratorium in Toronto entnehmen wir, dass die Schätzung, die das Auge an Flächen vornimmt, erstaunlich genau ist, ungefähr dem psychophysischen Gesetz entspricht und nur zur Unterschätzung neigt, sobald der Gegenstand sich bewegt. — Herr *Phillips* hat die bisher bekannten Thatsachen über unwillkürliche räumliche Anordnung gedachter Zahlen zusammengestellt und in einer für den Psychologen wie Psychiater lehrreichen Weise zergliedert.

Zeitschrift für Hypnotismus. Bd. VI u. VII, 1—3.

Diese Bände sind ausgezeichnet durch einige sehr nützliche Literaturübersichten: *Vogt* über Aphasie, *v. Schrenck-Notzing* über Psychologie und Psychopathologie der vita sexualis, und eine von mehreren Autoren verfasste Zusammenstellung der neuesten Untersuchungen zur Hysterie. Von den Originalartikeln verdienen gleichfalls mehrere hier der Erwähnung. Eine umfassende Studie *Brodmanns* beschäftigt sich mit der Methodik der hypnotischen Behandlung; *O. Kuelpe* handelt über die Beziehungen zwischen körperlichen und seelischen Vorgängen. *Lipps* hat einen in der Münchener Psychologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag über Psychologie der Suggestion nebst der anschliessenden Diskussion drucken lassen. Ein kleiner, aber belehrender kritischer Aufsatz stammt aus der Feder *Loewenfelds*; für die Leser dieser Zeitschrift seien endlich noch genannt eine Mitteilung von *de Jong* über Zwangsvorstellungen und die kasnistischen Mitteilungen von *Naef*. *Bertschinger* und *Forel*.

Victor Henri, Über die Raumwahrnehmungen des Tastsinnes. Ein Beitrag zur experimentellen Psychologie. Berlin (Reuther u. Reichard) 1898. 228 S.

Den ersten und weitaus grössten Teil bildet eine genaue Zusammenstellung all' der Thatsachen, welche bisher in Bezug auf die Raumwahrnehmungen des Tastsinnes ermittelt sind. Es wird hierbei streng unterschieden zwischen dem Raumsinne der Haut und der Localisation der Tasteindrücke. Für jenen werden

ausführlich alle vorliegenden Ergebnisse über die Schwelle, die Unterschiedsschwelle und die Richtigkeit der räumlichen Vorstellung angegeben und besprochen. Bei der Lokalisation der Tasteindrücke trennt Vf. die mit Berührung und Bewegung von der visuellen und der mit Beschreibung, und erörtert nach diesem Einteilungsprinzipe die hierhergehörigen Untersuchungen. Den Schluss dieser rein empirischen Ausführungen bildet die Angabe der Thatsachen aus der Physiologie und Pathologie.

In dem zweiten Teile des Werkes beschäftigt sich Vf. mit der „Theorie über die Raumwahrnehmungen im Gebiete des Tastsinnes". Er legt sich hierbei 2 Hauptfragen vor: 1) nach dem „Ursprunge und der Entwicklung des räumlichen Momentes einer Tastempfindung", 2) nach dem Wesen dieses räumlichen Momentes bei einem entwickelten Individuum. All' die Antworten, die bisher auf die erste Frage gegeben wurden, gehören nach des Vf. Meinung entweder in die Reihe der nativistischen oder der genetischen Theorien. Jene sehen die Räumlichkeit entweder als eine Eigenschaft oder einen Teilinhalt der Tastempfindung (Hering, James, Stumpf) oder als eine immanente Eigenschaft des Bewusstseins (J. Müller, E. H. Weber. Lotze) an; diese wiederum lassen sie entweder aus der Intensität und Qualität (Herbert, Volkmann, Lipps) oder aus anderen unräumlichen Empfindungen (englische Empiristen, Stumbach, Wundt) hervorgehen. All' diese Theorien genügen den Thatsachen nicht, wie überhaupt die Zeit zu solch' umfassenden Theorien noch nicht gekommen ist; als die beste bezeichnet Vf. noch die Stumpfs. Trotzdem deutet er aber die Möglichkeit zu einer neuen genetischen Theorie an, nach der die Räumlichkeit sich allmählich als ein selbständiges Moment der Tastempfindung entwickelt, ohne aus unräumlichen Elementen hervorzugehn. Die näheren Angaben über die Durchführbarkeit und Zulänglichkeit einer solchen Theorie fehlen noch; schon jetzt ist aber nicht ersichtlich, aus welchem Raume sich die Räumlichkeit dann entwickeln soll — ex nihilo fit nihil.

An diese Ausführungen reiht Vf. eine „biologisch-psychologische Skizze über die räumlichen Wahrnehmungen des Tastsinnes", in der er nachweist, dass weder die Weberschen „Empfindungskreise" noch die Lotzeschen „Localzeichen" den Thatsachen gerecht werden. Er stellt daher eine eigene Theorie auf, in der er streng unterscheidet zwischen der automatischen Lokalisation und der mit Aufmerksamkeit. Ob jedoch diese Theorie alle bisher ermittelten Thatsachen erklärt, untersucht er nicht, sondern begnügt sich mit einer nur skizzenhaften Angabe.

Als Anhang ist dem Werke eine sehr ausführliche Bibliographie beigegeben, welche die gesamte einschlägige Litteratur sowohl aus der

normalen Psychologie und Psychophysik, als aus der Physiologie und Pathologie aufführt.

Diese Angaben genügen bereits, um den Fleiss und die Sorgfalt, die Vf. auf seine Arbeit verwandt hat, erkennen zu lassen. Man gewinnt durch die Lektüre der vorliegenden Abhandlung einen recht dankenswerten Überblick über die grosse Zahl von Thatsachen und Erklärungsversuchen, welche bereits in Bezug auf die Raumwahrnehmungen im Tastsinne vorhanden sind. Allerdings bringt es der Plan des ganzen Werkes mit sich, dass Vf. grösstenteils nur referierend sich verhält, indes oft genug übt er scharfe Kritik an den Untersuchungen und Theorien, über die er berichtet. Sodann aber hat er eine grosse Anzahl eigener sorgfältiger Versuche angestellt, namentlich über die visuelle Lokalisation, über die Aristotelische Illusion bei Kreuzung der Finger, über die Lokalisation mit Berührung, mit Bewegung allein, und so ohne Zweifel diese Probleme um ein Beträchtliches weiter geführt.

Arthur Wreschner.

Nichols, Herbert, The Psycho-Motor Problem. The American Journal of Insanity. Vol. LIV No. 1 S. 59—80. July.

Der eigentliche Zweck dieser scharfsinnigen Abhandlung ist der Nachweis der Beziehungen zwischen Sensationen und Aktionen. Auf Grund einer einfachen Kritik der bisherigen Erklärungsversuche des motorischen Problems, namentlich der von Wundt und James gelangt Vf. zu dem wichtigen Ergebnisse, dass jeder Vorstellung oder Sensation eine direkte motorische Kraft innewohnt und somit das ganze Problem der motorischen Ideen mehr ein solches der Erfahrung und Assoziation als der anatomisch-physiologischen Verhältnisse ist. Diese jedenfalls sehr bedeutsame und originelle Erkenntnis, welche sich nach seiner Meinung bisher nur deshalb nicht durchsetzen konnte, weil der Wille zunächst für eine überphysische Kraft angesehen wurde und dann der in seinen Konsequenzen nie durchdachte Parallelismus zur Geltung kam, begründet er damit, dass einerseits gerade nach James das Gehirn als Ganzes Associationen wirkt, anderseits jeder Vorstellung ein gehirnphysiologischer Vorgang entspricht und deshalb die Innervation unmöglich das Vorrecht einer bestimmten Vorstellungsgruppe sein kann.

Um von dieser Anschauung aus den Übergang einer Sensation in eine Aktion zu erklären, muss man wohl unterscheiden zwischen der anatomischen Möglichkeit und der erfahrungsgemässen Wirklichkeit. Nach jener kann infolge der gegenseitigen Verbindung der subcorticalen Kerne aller motorischen Nerven jede Sensation jeden Muskel innerviren; auch wirkt der Anlage nach der neuro-muskuläre

Organismus als einheitliches Ganzes. Tritt aber die Erfahrung hinzu, dann wird jene unübersehbare Reihe von Möglichkeiten verkürzt, so dass jenes Organische entsteht, als welches sich das menschliche Leben darstellt. Dieses aber ist nur dadurch möglich, dass die Assoziationsgesetze genau so die Aktionen beherrschen wie die Sensationen und doch die nämlichen sind, wie hier. Natürlich muss hierbei neben der individuellen Entwicklung auch die phylogenetische beachtet werden; so sind z. B. die Instinkte nur anererbte Assoziationen, und ihre Macht ist grösser als man gemeinhin glaubt, wie überhaupt der Einfluss der unbewussten Vorgänge gewöhnlich unterschätzt wird. Ja Vf. geht hierin so weit, dass er einen bewussten und reinen Willensakt für eine grosse Seltenheit in unserm Handeln hält.

Dies sind die wichtigten Sätze dieser an neuen Gesichtspunkten und weitgehenden Konsequenzen reichen Arbeit; allerdings müssten sie noch durch empirisches Material erhärtet und in den Einzelheiten ausgeführt werden, wenn sie mehr als eine anregende Spekulation sein sollen. Vielleicht gelangt dann der Vf. zu der Überzeugung, dass die Assoziationslehre weder das einzige psychologische Erklärungsprinzip ist, noch an den gewöhnlich aufgezählten, von einander ziemlich unabhängigen Gesetzen stehen bleiben darf. *Arthur Wreschner.*

Ruth, Ch., Induktive Untersuchungen über die Fundamentalgesetze der psychischen Phaenomene. Allgemeine Einleitung. Eine neue Forschungsmethode. Darmstadt 1898. 43 S.

Bei dem engen Zusammenhange zwischen Physischem und Psychischem und bei der unverkennbaren Verkettung der einzelnen psychischen Phaenomene unter einander muss es grosse Fundamentalgesetze geben, welche das seelische Leben der Individuen wie der Völker beherrschen. Diese glaubt Vf. durch eine vorurteilslose Sammlung und exakte Analyse von 2000 Träumen gefunden zu haben. Denn gerade die Traumphaenomene bieten durch ihre Vergleichbarkeit mit den früheren Wachzuständen, auf welche sie sich beziehen, die Möglichkeit zu einer realen Analyse und erhalten anderseits auch ein synthetisches Moment, insofern sie als einheitliches Ganzes Verknüpfungen zeigen, die ebenfalls auf Erinnerungen beruhen. Hierzu kommt noch, dass die Träume etwas Fremdes, innere Wahrnehmungen sind, die beliebig vermehrt werden können, die auftreten, während ein grosser Teil der psychischen Funktionen unbemerkt bleibt, und die gleichwohl unter denselben Gesetzen stehen, wie das Wachleben, in welches sie oft genug hineinspielen. — Nächst den Träumen sind die Psychosen, der Irrtum, das Rohe, Ungerechte und Hässliche

und schliesslich auch die namentlich beim künstlerischen Schaffen wirksamen Phantome, welche obenein noch die Möglichkeit zu wirklichen Experimenten geben, zur Entdeckung jener grossen Fundamentalgesetze heranzuziehen.

Ist dies hier der Umfang der Erscheinungen, auf welche die Ereignisse sich erstrecken sollen, so gipfeln diese selbst in dem Progressions- und Substitutionsgesetze: „Es besteht stetig mehr oder weniger eine Tendenz im Gehirn, dass statt eines Phaenomens ein ähnliches progressives Phaenomen zum Bewusstsein oder zum bestimmenden Einfluss über den Organismus zu gelangen sucht.“ (S. 31). — Das Studium der Psychosen ergiebt, dass sie nur Partialkomplexe betreffen und die Unterscheidung zwischen Progressions- und Schwächezuständen nötig machen. Diese Distinktion erschwert allerdings die psychologische Analyse, ist aber selbst für das normale Leben von unberechenbarer Tragweite; in der Psychiatrie führt sie zur Trennung von Delirium und Dementia, von Hyperaesthesie und Hypaesthesie oder Anaesthesie etc. Auch die Beseitigung der Phantasie als schöpferischer Kraft sowie der Einheit des psychischen Phaenomenkomplexes bezeichnet Vf. als neue Ergebnisse seiner Untersuchungen, ja als direkte Widersprüche „gegen alle seitherigen Grundanschauungen über die psychischen Phaenomene.“

Von der Neuheit und Originalität in den Resultaten und in der Methode seiner Arbeit ist überhaupt Vf. so durchdrungen, dass er ernstlich die Frage diskutirt, warum vor ihm keiner zu gleichen Erwägungen und Zielen gelangte und gelangen konnte; er findet auch die Antwort in der strengen Gesetzmässigkeit, welcher der Irrtum, wie der Fortschritt der Wissenschaften unterworfen ist. Erst als die induktiven Wissenschaften soweit gediehen waren, wie in unserer Zeit, und nur nachdem Vf. selbst in rein naturwissenschaftlichen Arbeiten sich versucht hatte, war die vorliegende Untersuchung möglich. Trotzdem aber fühlt sich Vf. gegen einen etwaigen Prioritätsstreit nicht ganz gesichert und glaubt daher gleichsam prophylaktisch lang und breit die Erfordernisse zu dem Anspruche auf Priorität auseinander setzen zu müssen. Auch darin sucht er einer etwaigen Kritik die Spitze zu abzubrechen, dass er ausführlich und vielfach in scharfen Worten die Stellungnahme des „gelehrten Handwerks“ zu neuen Wahrheiten bespricht.

Wagen wir gleichwohl eine objektive und kritische Bewertung der vorliegenden Arbeit, so werden wir sie unmöglich als einen derart eminenten und geradezu epochemachenden Fortschritt der psychologischen Forschung hinstellen können, wie Vf. selbst erwähnt. Gewiss die angegebene Analyse der Traumphaenomene ist neu und wird viele dankenswerte Einblicke in das seelische Getriebe eröffnen; aber es

verräth doch keine allzu sichere Vertrautheit mit dem bisherigen Entwicklungsgange der Psychologie, wenn Vf. glaubt, dass er der erste ist, der die induktive Methode und exakte Analyse für die Seelenforschung fruchtbar macht. Anderseits erscheint es doch mehr als zweifelhaft, ob er nicht die Schranken der Induktion und Analyse in seinen Untersuchungen überschreitet. Dies ist durchaus kein Nachteil; denn ohne einen gewissen Grad von Deduktion und Synthese wird überhaupt keine neue Wahrheit entdeckt. Aber wenn dem so ist, dann soll man auch diesen Forschungsmethoden nicht allen Wert absprechen, und dies umso weniger, wenn man die grossen Fundamentalgesetze des Seelenlebens auf grund von 2000 Träumen entdecken zu können glaubt. Wie weit dieses allerdings dem Vf. gelungen ist, wollen wir hier nicht diskutiren, da wir es nur mit der Einleitung zu dem eigentlichen Werke zu thun haben. Nur dies sei betont: Erstens ist das Verlangen und sogar auch das Suchen nach solchen umfassenden Gesetzen nicht neu; zweitens sind sie mit den Ergebnissen des Vf. keineswegs erschöpft. Ja es dünkt mir doch sehr fraglich, ob dies überhaupt auf dem Wege, den Vf. einschlägt, möglich ist. Wird nicht hier das Studium der Traumphaenomene und ähnlicher Erscheinungen in gleicher Weise überschätzt, wie vor einiger Zeit das der Hypnose, welches man auch als den Schlüssel zu allen psychologischen Geheimnissen ansah — aber sehr mit Unrecht, wie heute wohl allgemein zugestanden wird. — Schliesslich noch eine scheinbar kleinliche Bemerkung. Vf. vermeidet fast grundsätzlich das Wort „Seele“, um dafür stets „Gehirn“ zu gebrauchen. Sollte dies absichtlich geschehen sein, dann war es nicht im Interesse einer vorurteilslosen Beobachtung. Von „seelischen Erscheinungen“ oder „seelischem Organismus“ zu reden, dürfte doch mehr im Sinne einer induktiven Methode sein, als alles Psychische in Gehirnvorgängen aufgehn zu lassen.

All' diese Einwände hindern uns jedoch nicht, die vorliegende Arbeit als eine sehr lesenswerte und anregende hinzustellen, welche für die Psychologie viele bedeutsame und interessante Resultate erwarten lässt. *Arthur Wreschner.*

---

3. Gerichtliche Psychopathologie.

Referent: v. Krafft-Ebing-Wien.

Delbrück, gerichtliche Psychopathologie, ein kurzes Lehrbuch für Studierende, Ärzte und Juristen. Leipzig (J. A. Barth) pp. 224.

Das Lehrbuch ist allerdings kurz, aber gut und zur Einführung in das Studium der forens. Psychopathol. durch die Klarheit seiner Diction und die zeitgemässe, naturwissenschaftliche Behandlung der Grundbegriffe dieses Wissensgebiets vorzüglich geeignet. Der spezielle klinisch forensische Teil ist zu knapp geraten und für den Gerichtsarzt nicht ausreichend. Eine weitere Ausführung desselben anlässlich einer 2. Auflage wäre wünschenswert.

Brosius, Antrag auf ein Reichsirrengesetz, Irrenfreund XXXVIII. No. 11 und 12.

Energische Zurückweisung und Widerlegung der Invectiven des aus dem Alexianerprozess in Aachen bekannten Rechtsanwaltes Lenzmann gegen die Irrenanstalten und deren Ärzte wegen angeblicher Freiheitsberaubung Geistesgesunder in Irrenhäusern. Widerlegung der irrtümlichen und tendenziösen Casuistik L's in der Sitzung vom 16. 1. 96 des deutschen Reichstags, in welcher L. den Antrag stellte, die Aufnahme und Unterbringung von Patienten in Heilanstalten für Geisteskranke solle reichsgesetzlich geregelt werden.

Ortloff, zur Irrengesetzgebung, ein sozial- und rechtspolitischer Bericht. Weimar (Hermann Böhlau's Nachfolger) pp. 146.

Wertvolle, weil von reicher Erfahrung, Literatur und Gesetzeskenntnis getragene Ausführungen und Vorschläge de lege lata et de lege ferenda, im Auszug nicht mitteilbar.

Medem, Entwurf eines neuen Gesetzes betreffend die Reform des Irrenwesens. Greifswald (Julius Abel) pp. 62.

Scharfsinniger Versuch das Gebiet des Irrenrechtes zu umgrenzen und entwurfsweise zu codifiziren in Anlehnung an das B. G.-B. und Ergänzung desselben, namentlich hinsichtlich einschlägiger §§ des Strafrechts, des Entmündigungsverfahrens, der Internirung Irrer und überhaupt des ganzen Irrenwesens.

Verf. giebt zunächst seinen Entwurf, dann eine eingehende Motivierung desselben.

Arndt, R., Geisteskrank. Unzurechnungsfähig. Entmündigt. Greifswald (Julius Abel) pp. 72.

Verf. gesteht dem psychiatr. Sachverständigen nur die Stelle eines ärztlichen Beraters zu und hält es für unzulässig, dass er Fragen

juristischer Natur, wie „Geschäftsfähigkeit", „Zurechnungsfähigkeit" usw. beantworte, der Experte hat keine Aufgabe als dem Richter den Fall nach seiner psychiatrischen Seite zu beschreiben und klarzulegen. Gesundheit und Krankheit sind auf psychischem Gebiet nicht strikte Gegensätze, Mancher mag in medizinischem Sinne schon psychisch krank sein, aber gleichwohl für das soziale Leben noch leistungsfähig.

Nur wenn dieser Mangel erwiesen ist, hält Verf. eine Entmündigung für zulässig.

Ladame, Mitteilungen über das schweizerische Irrengesetz. Annales méd. psychol. Mai-Juni.

Vorgeschichte der Bestrebungen zur Schaffung eines Irrengesetzes in der Schweiz. Erster Entwurf von Brenner 1871, 2. von Wille 1875. Bestrebungen von Moor 1878, von Forel seit 1881. Einigung über leitende Gesichtspunkte für den Gesetzentwurf 1895. Ernennung einer 7 gliedrigen permanenten Kommission zur Durchführung der Vorarbeiten für einen solchen.

Modernes Strandrecht, eine aktenmässige Entmündigungsgeschichte. Zürich (Schmidt) pp. 238.

Weitschweifige, stellenweise verworrene Klage- und Racheschrift eines bayerischen Unterthanen, dessen Wiedermündigungsantrag zurückgewiesen worden war, gegen die in seiner Sache engagirt gewesenen Irrenärzte, die Psychiatrie überhaupt, gegen die Richter, den Vormund usw. Die Schrift, welche von unflätigen Invectiven strotzt, ist ein sicherer Beweis gegen die vom Verf. behauptete eigene Geistesgesundheit.

Kruner, Moderne Folterkammern. Zürich (Schmidt) pp. 156.

„Ein Volksbuch zur Aufklärung über preussisch-deutsche Justiz und neue empörende Enthüllungen zur Irrenfrage von dem 8 Jahre unschuldig geistig verurteilten und in Irrenanstalten eingekerkert gewesenen Kaufmann *Ewald Kruner*." Das Buch hält nicht was es im Titel verspricht. Es liefert sichere Beläge dafür, dass der Verf. an Paranoia litt und noch leidet.

Moraglia (Turin) neue Forschungen auf dem Gebiete der weiblichen Kriminalität, Prostitution und Psychopathie. Leitfd. f. Kriminalanthropologie. Berlin (S. Kopnik).

Übersetzung von Wenge. Separatabdruck. Verf. aus Lombroso's Schule. Interessante anthropologische und psychologische Erfahrungen

an Verbrecherinnen, Prostituirten und Ehebrecherinnen. In einem Anhang bemerkenswerte Erfahrungen über Tribadismus, Sapphismus und conträre Sexualempfindung bei Weibern.

Riedel, Über psychische Infektion und induziertes Irresein. Vierteljahrschrift für gerichtl. Medizin. 3. Folge XIV. Band.

Verf. erkennt die Möglichkeit psychischer Erkrankung durch „psychische Übertragung“ oder „psychische Infektion“ an, allerdings nur auf dem Boden einer besonderen Disposition. Der Weg der Übertragung ist bald Nachahmung oder psychische Emotion, bald Übertragung auf dem Wege der Überlegung und des Verstandes. Der erstere ist der der geistigen Epidemien, der letztere der der sporadischen psychischen Infektion. Die Nachahmung wirkt bewusst oder unbewusst, durch Konzentration der Aufmerksamkeit auf die beobachteten Vorgänge, suggestiv, in einer Art Hypnose oder rein instinktiv, impulsiv, imitatorisch. Bedeutung des Nachahmungstriebs schon im physiologischen Geistesleben. Die Disposition bei den imitatorisch entstandenen Psychosen bildet eine besonders lebhaft impressionierende primäre Erkrankung, eine besondere (hysterische oder suggestive) Empfänglichkeit der sekundär erkrankten Individuen.

Die verschiedensten Psychosen und Neuosen haben sich als übertragbar erwiesen, ganz besonders hysterische und auf dem Boden hysteropathischer Veranlagung. Trotz aller Realistik des modernen Daseins liefert unser nervöses Zeitalter auch jetzt noch nervöse Constitutionen genug und stets bereite Empfänglichkeit für Täuschung und Suggestionen. Als treffende Beispiele werden die Propagandaerfolge der Heilsarmee und des Spiritismus angeführt.

Im strikten Gegensatz zu solchen Imitationskrankheiten steht die Quelle der geistigen Infektion auf dem Wege des Verstandes („induziertes Irresein“ — Lehmann). Es handelt sich hier stets um die Übertragung mehr oder weniger systematisirter Wahnideen. Hier wird nur die Wahnidee übertragen, nicht auch die äusserlichen Krankheitssymptome. Bei den Emotionspsychosen erfolgt die Infektion um so leichter, je lebhafter die Krankheitsäusserungen. Hier umso leichter, je mehr das primär erkrankte Individuum in seinem Gebahren dem Gesunden gleicht. Intimität des Verkehrs und Gleichheit der Interessen sind der Übertragung, die immer nur wenige Personen heimsucht, günstig. Interessante historische Notizen über diese „Folie à deux“, bei welcher der Übertragende regelmässig die intelligentere und damit autoritative Persönlichkeit ist und das Delir das Gepräge der Wahrscheinlichkeit haben muss. Solche Fälle sind von gleichzeitiger Erkrankung mehrerer

in kleiner Gemeinschaft lebender, meist blutsverwandter Personen, wobei die Krankheit derselben keinen inneren (psychologischen) ursächlichen Zusammenhang hat („folie simultanée" — Régis) wohl zu unterscheiden. Eine besondere Unterart ist die „folie gémellaire". Als weitere Unterabteilungen der folie à deux sind die „folie imposée" (Marandon de Montyel) und die folie communiquée zu erwähnen. Bei der ersteren handelt es sich blos um Fürwahrhalten der Wahnidee der 1. Person seitens der 2., ohne dass diese im engeren Sinn schon geisteskrank zu sein braucht. Bei der f. c. ist dies der Fall und wird das Delir von der 2. Person selbständig weiter übermittelt. Beide entwickeln das Wahngebäude gemeinsam weiter. Geeignet für psychische Infektion auf dem Wege des Verstandes sind nur gewisse Paronoiaformen. In erster Linie der Verfolgungswahn, dann der religiöse Geisteswahn, falls die Umgebung zu religiöser Schwärmerei neigt. Wesentliche Bedingung ist natürlich hier immer, dass der primäre Kranke von seiner Umgebung für gesund gehalten wird. Rechtzeitige Isolierung der sekundär Erkrankten pflegt die Heilung herbeizuführen, aber nicht immer.

Verf. teilt zum Schlusse seiner Abhandlung einen Fall von allmählicher psychischer Infektion auf dem Wege des Verstandes mit. Es handelt sich um einen an Paranoia (Verfolgungs-Grössenwahn) leidenden Lehrer, der seine Frau mit seinen Verfolgungs-Wahnideen inficirt hatte.

Siemerling, casuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie. Vierteljahrschrift f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen. 3. Folge XIII Band p. 25.

1. Arbeiter, 29 J., erbliche Belastung. Mord der Ehefrau. Geistige Krankheit (angeborner Schwachsinn, chron. Verrücktheit mit Eifersuchts-, Vergiftungs- und Grössenideen). Getrübte Erinnerung für die That.

2. Arbeiter, 45 J. Mordversuch gegen die Frau. Chronische Verrücktheit (Vergiftungsideen, Eifersucht). Kein Alkoholismus.

3. Cand. jur. F. 28 J. Schwindeleien. Beilegung falschen Namens. Chronische systematisirte Paranoia Grössenideen (ausersehen, als Fürst Ländereien zu erwerben) Verfolgungsideen (böse Dämonen), Verschwörung, Märtyrer.

4. Redakteur, 40 J., erblich belastet. Diverse Vorbestrafungen. Neuerlich Anklage wegen Betrugs. Nervöse Veranlagung. Sonderbarkeiten. Unsteter Lebenswandel. Sucht nach Erfindungen. Entwicklung eines Wahnsystems. Hallucinatorische Erregungszustände.

5. Schriftsteller, 55 J. Als Knabe schwere Commotio cerebri 1870 Fall vom Dach. Eigenartiger Mensch, sonderbarer Bücherliebhaber. Kuppelei, Bücherdiebstähle. Ausgeprägtes Wahnsystem (seraphischer Quotient, Verfolgung durch einen Prinzen).

Pollitz, Verbrechen gegen § 174. 1 des Reichstrafgesetzbuchs. ebenda p. 78.

P. Lehrer geb. 1857, von neuropathischem Vater, seit der Pubertät Masturbant, neurasthenisch, schlaff im Beruf, hat Schulmädchen unzüchtige Anträge gemacht, ihnen unter die Röcke gegriffen, exhibirt. P. verantwortet sich mit temporärer Unzurechnungsfähigkeit. In der Beobachtung schlaffes Wesen, fatalistische Resignation, neurasthenische Erscheinungen, aber keine Störung der Psyche irgend welcher Art. Das Gutachten erklärt, dass „P. nervös belastet, seit seiner Jugend mehr weniger nervenleidend ist, selbst seine Energie und Widerstandskraft auch geringen Reizen gegenüber wesentlich herabgesetzt ist.“ Unter Anerkennung dieser Umstände 3 Jahre Gefängnis.

Rieger, Gutachten über die Frage: ob ein von einem Paralytischen abgeschlossener Hauskauf rechtsgiltig ist oder nicht. Vierteljahrschrift f. gerichtl. Medizin. 3. Folge XIV. Band. p. 199.

M. längst an Atrophia opt. leidend, vor dem 1. Oktober 1892 sicher geistig nicht mehr normal, hat an diesem Tage einen Hauskauf abgeschlossen, etwa am 6. Dezember sich schon in schwerer Geisteskrankheit befunden und ist 130 Tage nach dem Hauskauf an progressiver Paralyse gestorben. In dem Anfechtungsprozess stellte der Gerichtshof die Frage, ob M. am 1. Oktober 1892 bereits hochgradig maniakalisch erregt und zum Abschluss von Verträgen wegen Mangels der Vernunft unfähig war? Verf. schliesst mit Recht die erstere Möglichkeit aus, da der interessirende Notar über die persönliche Befähigung des Vertragschliessenden ohne Bedenken war. Wegen dessen Erblindung waren die in solchem Falle vorschriftsmässigen 2 Zeugen zugezogen worden. Der zweite Teil der Frage ist Mangels einer Expertise, auf grund der Aussagen von Laien nur dahin zu beantworten, dass M. sich schon im November 1892 im Zustand des beginnenden paral. Blödsinns befand, aber eine Präzisierung des Tags, von welchem an M. nicht mehr dispositionsfähig war, ist einfach unmöglich, denn die psychische Einbusse ist eine zwar im allgemeinen progressive, aber anfangs noch in gewissen Schwankungen sich vollziehende. Das Benehmen des Käufers am 1. Dezember gestattet die Vermutung, dass an diesem Tage gerade eine Remission vorhanden war. Zweifelhaft bleibt der geistige Zustand am Tag des Kaufes immerhin. Ob diese Abnormität den Verkäufern bewusst war oder nicht, erklärt das Gutachten mit Recht für unentscheidbar. Dasselbe bietet noch eine Fülle von allgemeinen, das Gebiet der Gesetzgebung und der

Psychiatrie Fragen, bezüglich deren auf das lesenswerte Original verwiesen werden muss.

Siemens, Casuistischer Beitrag zur gerichtlichen Psychiatrie. Vierteljahrschrift f. gerichtl. Medizin. 3. Folge. XIV. Band.

Gattenmord oder Selbstmord. Beide Ehegatten geistig gestört. Genuine oder traumatische Psychose des Ehemannes? Die Entscheidung, ob Mord durch den Ehemann, oder Selbstmord vorliege, war gerichtlich nicht möglich. Der Angeklagte simulirte Psychose und übertrieb somatische Symptome in der Haft. Über dem Bestreben, den Simulanten zu entlarven, wurde eine wirklich bestehende Psychose (hallucinator. Verfolgungswahn im Sinne einer Paranoia) übersehen, deren Existenz und aetiologische Begründung durch originäre Anlage, Trauma capitis, etwas Alkoholmissbrauch und in der Einzelhaft aufgetretene Hallucinationen gutachtlich erwiesen wird.

Ziehen, Obergutachten über die Zuverlässigkeit der Angaben eines Aphasischen über die Vorgänge bei der seiner Aphasie zu Grunde liegenden Schädelverletzung (Raubmordversuch). Vierteljahrschrift f. gerichtl. Medizin. 3. Folge XIV. Band.

H. wurde am 17. 12. 95 angefallen und schwer verletzt. Keine Thatzeugen. Er konnte noch seinen Wagen besteigen, von welchem er durch Hiebe heruntergestürzt worden war, und heimfahren. Zwei Wunden, aus einer derselben Gehirnteile hervorgetreten. Knochensplitter. Dura durch den Hieb gespalten. Bewusstlosigkeit. R. Hemiplegie. Am 17. 1. 96. noch leichte Verwirrtheit, schwere, wesentlich motorische Aphasie. Am 24. 3. rechter Arm noch gelähmt, Bein paretisch. Sprache ziemlich fliessend, fehlende Worte durch Umschreibung ersetzbar, Rede verständlich. Dyslexie. Zunehmende geistige Frische u. Klarheit. Wunde geheilt. Tiefer Knochendefekt. Fortdauer der motor. Ausfallserscheinungen. Am 8. 4. 96 kurz vor der Confrontation mit dem des Raubmordversuchs Verdächtigen geringe motorische Aphasie, intaktes Sprachverständniss. Summarische Erinnerung für die Erlebnisse in den letzten Stunden vor dem Mordversuch. Anfangs unsicher und unvollkommen, vom 10. 1. ab deutlich (verbal und mimisch) konnte H. über die Umstände des an ihm unternommenen Mordversuchs Auskunft geben. Er hat den Angreifer gesehen, ihn für einen armen Kerl gehalten, er sei ihm nicht bekannt gewesen (beschreibt sein Äusseres und seine Kleidung).

Mit dem der That Verdächtigen konfrontirt, vermochte H. dessen Identität mit dem damaligen Angreifer nicht sicher angeben. Bei der Konfrontation hatte H. fast lückenlose Erinnerung für die Zeit vor und während der That.

Nach einer lichtvollen Darstellung der nach Kopfverletzung möglichen Gedächtnissstörungen (1. allgemeine Gedächtnissschwäche resp. Schwachsinn; 2. umschriebene zeitliche Amnesie resp. retroactive; 3. Verlust einzelner Gruppen von Erinnerungsbildern st. optischer), nach Darlegung der Bedeutung, Begründung und des Verlaufs derselben konstatirt Verf., dass optisches, sensorisches Sprachzentrum ungeschädigt sind, wohl aber geschädigt die Zahlenvorstellungen und das motorische Sprachzentrum, dass keine allgemeine Gedächtnissschwäche besteht und die ursprüngliche totale temporäre Amnesie in Rückbildung begriffen ist. Die bezüglichen Erinnerungen sind noch mangelhaft; für ihre zeitlich und örtlich richtige Reproduktion kann nicht gut gestanden werden. Fälschungen der Erinnerungen durch eigene Phantasiethätigkeit oder suggestiven Einfluss anderer Personen lassen sich ausschliessen. Zahlenangaben des Verletzten sind ganz unzuverlässlich. Wahrscheinlich hat H. seinen Angreifer überhaupt nicht erkannt, sehr wahrscheinlich, dass er den Angreifer nicht in der Person des Verdächtigen erkannt hat. Eine Verwechslung des Äusseren des Angreifers mit dem eines Anderen vor der That Gesehenen in der Erinnerung ist ganz gut möglich. Mit der zu erwartenden weiteren Rückbildung der Amnesie könnte H. eventuell noch weitere Aufschlüsse bieten.

Das mustergültige Gutachten verdient im Original nachgelesen zu werden.

Stolper, die Geistesstörungen in Folge von Kopfverletzung. Vierteljahrschr. f. gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen. 3. Folge XIII. Band p. 130, 335.

Verf. bespricht zunächst als nicht seltene Ursachen von Idiotie Traumen, die foetal, während des Geburtsaktes oder auch noch später das Gehirn erleidet. Für das erwachsene Gehirn betont er die Seltenheit von aus Trauma capitis entstehender Geisteskrankheit. Verf. konstatirt, dass unter 10692 Unfallsverletzungen in einem Knappschaftslazareth 981 Kopfverletzungen waren, von denen bei 12 Geisteskrankheit folgte (1,22%); bei der Genese solcher können noch andere aetiologische Momente in Betracht kommen. Verf. bespricht die neuere bezügliche Literatur, bringt 9 Beobachtungen von primär traumatischem Irresein, bespricht dann die (sekundäre) gutzeitige Psychose nach mechanischem Trauma, die er in folgende Kategorien bringt.

1. unkomplizirte reine Formen des mittelbar nach Kopfverletzung auftretenden Irreseins;

2. Geistesstörung als Symptom traumatisch entstandener Geschwülste des Schädelinnern;

3) Reflexpsychosen im Sinne Köppen's;

4) in Begleitung, meist im Gefolge von Epilepsie und Hysterie auftretende traumatische Psychosen.

Verf. bespricht diese Kategorien sehr flüchtig, giebt einige eigene Krankheitsgeschichten und zum Schluss ein Verzeichnis der von ihm benutzten Literatur.

v. Krafft-Ebing. Schwachsinn. Todtschlag der Stiefmutter im Affekt. Wahnsinn im Gefängnis. Fragliche Simulation. Friedreichs Blätter für gerichtl. Medizin. Heft 4.

Schwere intellektuelle und ethische Verkümmerung nach einer mit 8 Jahren aufgetretenen acuten Gehirnerkrankung, wahrscheinlich Polioencephalitis. Tödtung aus geringfügigen Motiven. Anklage auf Meuchelmord. Zurückweisung des ersten, geistige Insufficienz und Affekt erweisenden Gutachtens. In der Haft „Gefängnisswahnsinn“, der rasch in Blödsinn übergeht, aber für Simulation (!) gehalten wird. Nachweis der Imbecillität und des aus primärer Psychose hervorgegangenen sekundären unheilbaren Blödsinns.

Hofmann, Moritz. Todtschlag im epileptischen Dämmerzustand. Friedreichs Blätter für gerichtl. Medizin. Heft 3.

Am 17. 11. 95 Abends erstach Gl. einen ihm Unbekannten auf offener Strasse. Gl. war betrunken gewesen, hatte vorher mit dem Getödteten einen Wortwechsel gehabt und in vermeintlicher Notwehr zugestochen. Summarische Erinnerung. Epilepsie und Alkoholintoleranz des Gl. wurden sichergestellt. Gl. 29 J, von gutem Leumund, kein Gewohnheitstrinker, bot in der Haft keine psychopathischen Erscheinungen. Schädel 53 cm mit Spuren von Rachitismus. Er hatte am Tage der That circa 11 Glas Bier konsumirt, wahrscheinlich kurz vor derselben einen Anfall seiner Krankheit gehabt und offenbar in einem Zustand von Angst, der die Situation einer Notwehr vorspiegelte, in dämmerhafter Verfassung und Verworrenheit, welche die That noch einige Zeit überdauerte, gestochen. Keine Verurteilung.

Vallon, Mordversuch seitens eines an Verfolgungswahn Leidenden. Annales d' hygiène publique 3. Serie XXXVII. 6.

B. 50 J., Fleischer, von schwachsinniger Mutter, seit 16 J. in guter Ehe lebend, nicht dem Trunk ergeben, wird im März 93 schlaflos, nebst Kopfweh, wird impotent, behauptet seine Frau habe seine Mannesschwäche herbeigeführt, um für Andere sich zu reserviren, sie wolle ihn vergiften. Um den Zuhälter zu erfahren, konsultirt B. eine Somnambule. Diese bezeichnet einen Beamten X. als den Geliebten von B.'s Frau. (!) B. stellt X zur Rede. Dieser droht mit den Gerichten.

B.'s Leiden entwickelt sich weiter als physikalischer Verfolgungswahn, daneben massenhaft beschimpfende Stimmen. B. kommt zur Erkenntnis, dass seine Verfolgung von Somnambulen ausgeführt wird, die Herr X. zu diesem Zwecke bestochen hat. Endlose aber erfolglose Querelen bei den Behörden deswegen. Endlich Selbsthülfe, da die Leiden unerträglich sind.

Die Expertise konstatirt das ursprünglich klare Bild einer Paranoia persecutoria gewöhnlicher Art. Kein Alkoholismus, keine Gesichtshallucinationen. Verf. tadelt mit Recht, dass die Behörden sich Recriminationen solcher gefährlichen Geisteskranken gegenüber passiv verhielten und nicht längst den Kranken einer Irrenanstalt zuführten.

Roth, Fall von Paranoia querulatoria. Vierteljahrschrift f. gerichtl. Medicin. 3. Folge XV. Heft 1.

Typischer Fall einer Querulanten — paranoia einen 39 Jahre alten Arbeiter betreffend. Endlose grundlose Denunciationen und Querelen. Anfängliche Verurteilung, die Pat. mit einem Manuskript „vorsätzlicher Justizmord, ein Kapitel braunschweigischer Rechtspflege, von einem unschuldig Verurtheilten“ beantwortet, das er dem Staatsanwalt einschickt. Untersuchung wegen Beamtenbeleidigung deshalb.

Gründlicher sachverständiger Nachweis der seit Jahren bestehenden schweren geistigen Störung.

v. Krafft-Ebing, Raubmord. Moralische Idiotie. Friedreichs Blätter für gerichtl. Medicin. Heft 3.

Schwere Belastung. Moralische und intellektuelle Insufficienz. Anatomische Degenerationszeichen. Mord, unter Umständen, die sofort zur Entdeckung des Thäters führen mussten, mit dem Motiv Geld zur Flucht zu bekommen, da die Existenz im Hause der zu geordneter Lebensweise anhaltenden Mutter für den moralischen Idioten unerträglich war. Absolute Einsichtslosigkeit für die Bedeutung der That. Versetzung in eine Irrenanstalt.

Bargis, Betrachtungen anlässlich eines forensischen Falles. Annales médico-psychol. März-April.

G. 22 J. von irrsinniger Mutter, seit der Pubertät desequilibrirt und von dissoluter Lebensweise, wegen Diebstahl in Haft, erkrankt psychisch und kommt in die Irrenanstalt (psychisch degeneratives Bild, melancholische, manische Zustandsbilder, gelegentliche Tobanfälle). Nach Monaten der Ruhe und ganz geordneten Verhaltens wird G. als nicht irrsinnig aus der Anstalt am 23. 8. entlassen. Am gleichen Tag betrinkt er sich, begeht Notzucht, wird von den Ärzten irrsinnig befunden (Genaueres über den Zustand nicht mitgeteilt) und nach der Irrenanstalt zurückgeschickt. Der Direktor derselben findet ihn, wie bei der Entlassung, nicht irre, blos moralisch deplacirt und gefährlich nur dann, wenn er seinen Leidenschaften nachgibt und sich betrinkt. G. gehöre in eine Straf-, nicht Irrenanstalt. Die Präfektur, welcher der Sachverhalt angezeigt wird, lässt G.'s Geisteszustand untersuchen. Die Expertise findet einen psychischen Degenerationszustand mit verkümmertem moralischem Sinn und schwacher Intelligenz, spricht sich aber für Entlassbarkeit aus der Anstalt aus. Bargis unterwirft den Fall einer Epikrise, findet den Beweis der Geisteskrankheit temp. delicti nicht erbracht, blosen moralischen Defekt, wie ihn auch die gewöhnlichen Verbrecher haben. Solche Fälle gehören eher ins Straf-, als ins Irrenhaus, wo sie nur eine Verlegenheit für den Anstaltsarzt sind. Will man ihrem wirklichen oder vermeintlichen psychischen Defekt Rechnung tragen, so bringt man sie in einem Spezialasyl unter.

Duchateau, Ein Exhibitionist. Annales et Bulletin de la société de médecine de Gand. Februar—März.

Verf. erwähnt zunächst Fälle, wo timide junge Leute, geschlechtsbedürftig aber geistig nicht krank, sich hinreissen lassen, vor einer vorübergehenden Frau, quasi um acquit zu geben, einmal zu exhibiren, sich hinterher gründlich schämen. Im Gegensatz dazu findet er den wirklichen E. als einen degenerativen, impulsiven Menschen, der einem krankhaften Zwang unterliegt, umso mehr als sein moralischer Sinn fehlt oder schwach ist. Diese E. begehen ihre Handlung, auch wenn niemand zugegen ist und oft ohne allen Orgasmus.

Im allgemeinen hält Verf. diese krankhaften E. nicht für zurechnungsfähig.

Er berichtet folgenden Fall:

G., 33 J., wurde zum 3. mal betroffen, als er am hellen Tag, an abgelegenen Orten, jedesmal vor kleinen Mädchen exhibirte. Er war dabei gar nicht aufgeregt, will keinen Orgasmus gehabt haben.

G. hat missstalteten Schädel, Degenerationszeichen. Eltern nicht eruirbar. Bruder imbecill, war Bettnässer. G. selbst ist Epileptiker seit dem 11. Jahr, hat etwa 2 Anfälle wöchentlich, intervallär viel

Kopfweh, Er hat nie Libido gegenüber Weibern gehabt, auch keine homosexualen Empfindungen. Seine Vita Sexualis beschränkte sich auf seelisch ganz unbetonte Masturbation.

G. hat genaue Erinnerung für die Details seiner Exhibitionen, die weder unbewusst noch impulsiv zustande kamen und mit Epilepsie jedenfalls nichts zu thun haben. Verf. kann diesen Fall nicht als einen ächten d. h. impulsiven anerkennen, findet die Zurechnungsfähigkeit dieses Defektmenschen sehr herabgesetzt, seine Anhaltung in einem Asyl für die einzig richtige Massregel. Das Gericht erkannte in diesem Sinne.

Rouby, Falsches Zeugniss einer Hysterischen. Archives d' anthropologie criminelle XII. No. 68.

Julie C., Tochter eines Trinkers, bis zur Pubertät gesund, bekommt von da an seltene Hysteriagravisanfälle und bietet hysterischen Charakter. Häufige Schlafanfälle treten hinzu. Viele Freier wurden dadurch abgeschreckt, die ehelustige und -bedürftige C. zu heiraten. Endlich Liebesverhältniss. Auf einem Spaziergang verführt die C. den Liebhaber X. zum Coitus, verfällt dabei in einen Schlafanfall. X. erschreckt, holt einen Arzt herbei. X. zieht sich nach diesem Vorfall von der C. zurück, freit eine andere. Die C. ist wütend darüber, macht mit ihrer Mutter Komplot, um X. und dessen Familie zu verderben. Sie schneidet irgendwo Weinreben ab und denunzirt als Augenzeugin X. und dessen Bruder als Thäter. Sie beschwört ihre Aussage. Die Beiden werden verurteilt. Die ganze Familie wird durch die C. und ihre Mutter verleumdet und schlecht gemacht. Ein Jahr später kommt die C. verwundet daher gerannt und denunzirt X.'s Onkel des Mordversuchs an ihr, aus Rache wegen der Bestrafung seiner Neffen. Die öffentliche Meinung wird aufs äusserste gegen den alten Mann erregt, der in Gefahr gelyncht zu werden, ruhig in seinem Weinberg arbeitend, von der Gendarmerie verhaftet wird. 5 Jahre Zuchthaus.

Eines Tags führt die C. dieselbe Komödie mit einem anderen Onkel des X. auf. Zu gunsten desselben wurde aber ein glänzender Alibibeweis erbracht. Die öffentliche Meinung war gleichwohl für die C. Nach einiger Zeit alarmirte ihre Mutter das Dorf und führte die Leute ans Bett der C., die mit einem Kranz um ihr Haupt dalag, den ein Engel Nachts gebracht hatte, nebst einer Rolle, auf welcher stand „corona martyri". Die Geistlichkeit war auf Seite der C.'s. Man wallfahrtete zum Mirakel, opferte reichlich. Mutter und Tochter zogen dann im Land herum, teils als Heilige, teils Hetärendiensten sich widmend. Endlich legte die C. Feuer in ihrem Hause und schnitt in einem Stall einer Kuh die Euter ab, X. als Urheber denunzirend. Das war selbst der Obrigkeit zu stark, zumal da X. einen Alibibeweis

erbrachte. Die C. musste flüchten. Sie nahm Dienste, wurde eines Tags wegen Diebstahls verurteilt.

Nach einigen Jahren kam sie heim, angelte einen Mann, der sie heiratete, ihre hysterischen Anfälle und schlimmen Streiche ihr ausprügelte. Dafür vergiftete sie ihn. Es wurde ihr der Giftmord bewiesen und sie durch lebenslänglichen Kerker endlich unschädlich gemacht.

Es ist wahrscheinlich, dass die C. ihre lügenhaften Anschuldigungen („pathologische Lügen") selbst geglaubt hatte und dass sie Suggestionen ihrer Mutter ursprünglich gewesen waren.

Rigl, C. und *le Nobel, A. J. M.*, Gerichtliches Erachten: Brandstiftung als Folge einer Zwangsidee bei einem erblich belasteten neurasthenischen Lehrer. Psychiatrische und neurologische Bladen. 2.

Verf. berichten über einen jungen Mann von 23 Jahren, welcher — aus erblich belasteter Familie stammend — eine ganze Reihe von körperlichen — hierzu rechnen Verf. auch eine bestehende Phthisis pulmonum — und geistigen Degenerationszeichen aufweist. Seit seiner Pubertät beherrscht ihn mit ganzer Macht die Vorstellung: „ich bin unglücklich, ich muss aus der Gesellschaft heraus". Er überlegt nach verschiedenen Richtungen hin, wie er sein Ziel erreichen kann und macht verschiedentlich Anstalten sich das Leben zu nehmen. Immer fehlt es ihm aber im entscheidenden Augenblick an Mut: ob er ins Gefängnis oder eine Irrenanstalt oder ein Kloster kommt, alles ist ihm gleich. Schliesslich begeht er eine Brandstiftung, zeigt sich selbst an, fühlt sich nach dieser Zeit von einem grossen Drucke befreit, ist gehobener Stimmung und schläft zum ersten male nach langer Zeit im Gefängnisse ausgezeichnet. Verf. führen aus, dass es sich um einen Neurastheniefall handelt, der als Haupterscheinung der Neurasthenie die Zwangsvorstellung aufweist, und zwar jene, bei der die Affektstörung der Zwangsvorstellung voraufgeht. Er gehört zu jener Reihe von Kranken, die nach Magnan durch die 3 Symptome: obsession, impulsion et inhibition charakterisirt sind. — Der Angeklagte wird freigesprochen, zugleich aber seine Überweisung auf höchstens 1 Jahr in eine Irrenanstalt beschlossen. *Serger*

Deventer, J. van und *Benders, A. M.* 5 Fälle von vermeintlicher widerrechtlicher Aufnahme in eine Irrenanstalt. Psychiatrische und neurologische Bladen. 5 und 6.

Verfasser veröffentlichen die Krankengeschichten von 5 Patienten, welche sämtlich Trinker verschiedene Formen von alkoholischer Geistesstörung durchmachten. Nach dem Ablauf der akuten Erscheinungen, sind die Kranken zunächst vollkommen ohne jede Einsicht, zeigen aber später Krankheitsbewusstsein und werden entlassen. Nach der Entlassung behaupten sie wieder Krankheitsbewusstsein nur simuliert zu haben, um entlassen zu werden. „Die Art, wie die Patienten ihre Handlungen motivierten, konnte selbst auf Sachverständige den Eindruck machen, dass ein Irrtum von psychiatrischer Seite vorgelegen haben könnte und dass sie vielleicht nicht geisteskrank gewesen seien.“ — Verfasser machen besonders auf die Schwierigkeit hierbei aufmerksam die Unwahrheit von einer wirklichen Amnesie zu unterscheiden.

Serger.

van der Hagen, J. C. J. und *Cuperus, N. J.* Ein forensischer Fall. Psychiatrische und neurologische Bladen 5 u. 6.

Verfasser veröffentlichen ein sachverständiges Erachten über einen 18 Jahre alten jungen Mann, der gelegentlich eines Spazierrittes ein Sittlichkeitsverbrechen an einem 9 Jahre alten Mädchen (Betasten der Geschlechtsteile, Kneifen und Stossen) verübt hat. Auf Grund folgender Thatsachen 1. dass der Angeklagte in seiner Jugend wahrscheinlich eine Erkrankung des Centralnervensystems durchgemacht hat; 2. dass seine geistigen Kräfte auf einer niedrigen Entwickelungstufe stehen; 3. dass sein Gedächtnis schlecht ist; 4. dass seine moralischen Gefühle abnorm schwach sind; 5. dass etwas Erblichkeit nachzuweisen ist (eine Nichte geisteskrank, ein Bruder geistesschwach) erklären die Begutachter den Angeklagten für schwachsinnig oder wenigstens minderwertig. — Verfasser nehmen ein besonderes Willenscentrum im Gehirn an, das bei den Imbecillen nicht so normal und vollständig entwickelt sei, als bei den psychisch normalen Personen. *Serger.*

Winkler, C. und *Jacobi, J. W.* Gerichtliches Erachten über den Geisteszustand eines Kranken mit hereditärer Ataxie nebst einer Übersicht über die Literatur dieser Erkrankung. Psychiatrische und neurologische Bladen 1. 1898.

Verfasser veröffentlichen ein Gutachten über einen wegen Unzucht in Untersuchung befindlichen 17 jährigen Menschen. Derselbe stammt aus einer erblich belasteten Familie, sein Bruder leidet an derselben Krankheit als er selbst. Seit frühester Jugend besteht zunehmende Verringerung der Sehschärfe, rechts ist er beinahe vollkommen blind und

es besteht Atrophie des Sehnerven. Ausserdem findet sich Nystagmus, Schwäche und Steifheit der unteren Extremitäten, besonders links. Die Sehnenreflexe fehlen fast vollständig oder sind sehr schwach besonders links, der Bauchreflex ist erhöht. Ausser Herabsetzung des Schmerzgefühls bestehen keine sensibeln Störungen. Leichte Ataxie ohne Romberg. Die Zehen besonders die grosse sind hyperextendirt, so dass die Sehnen scharf hervorspringen. Sprachstörung. Ausserdem findet sich eine sehr geringe Intelligenz und ein vollständiger Mangel aller ethischen Begriffe. — Zwischen den einzelnen in der Literatur als Friedreichsche Ataxie veröffentlichen Fällen bestehen bedeutende Unterschiede. Hierauf sowie auf die Literatur selbst werden die Verfasser in einem späteren Artikel eingehen. *Serger.*

Cramer, A. Die conträre Sexualempfindung in ihren Beziehungen zum § 175 des Strafgesetzbuchs. Berlin. Klin. Woch. No. 43, 44.

Eine vernichtende ärztliche Kritik der Beweisgründe, die in der bekannten, für die gesetzgebenden Körperschaften des Deutschen Reiches bestimmten Petition darthun sollen, dass der § 175 des Strafgesetzbuches schon aus medicinischen Rücksichten umgeändert werden muss.

C. verneint mit vollem Recht die dort aufgestellte Behauptung, dass conträrsexueller Verkehr unter allen Umständen krankhaft sein muss: hierfür sprechen, wie er des ausführlicheren auseinandersetzt, weder theoretische Erwägungen, noch praktische Erfahrungen, wie sie insbesonders in der Arbeit von Hoche mitgetheilt sind. Damit leugnet er natürlich nicht, dass homosexuelle Neigungen auch bei Geisteskranken vorkommen können; und für diese genügt dann vollständig der § 51. Zu einer Abänderung des § 175 liegt aber, vom rein ärztlichen Standpunkt, kein Anlass vor; der homosexuelle Verkehr ist eben nur eine Variation der normalen Befriedigung des Geschlechtstriebes, die auch bei gesunden und erblich nicht belasteten Individuen, unter Umständen auch nur vorübergehend, vorkommen kann. V. betont dann noch, dass sich bei homosexuellen des häufigeren ein gewisser Grad von Nervosität vorfindet, der aber durchaus nicht genügt zur Annahme der Unzurechnungsfähigkeit; es handelt sich weniger um schwer belastete Individuen, als vielmehr um Onanisten und Roué's.

Sighele, Scipio, Psychologie des Auflaufs und der Massenverbrechen. — Autorisirte Übersetzung von Dr. Hans Kurella. Verlag von Carl Reissner. Dresden u. Leipzig 1897.

Bisher wurden bei Verbrechen der Masse die Ergriffenen so bestraft, als ob sie ganz aus eigenem Antriebe gehandelt hätten. Das ist aber durchaus unrichtig, denn man darf aus der Beobachtung einer aus den verschiedensten Elementen zusammengesetzten Volksmenge keineswegs auf jedes einzelne Individuum schliessen, sondern muss noch eine ganze Reihe von Faktoren in genaue Erwägung ziehen. Es ist daher die gerechte Beurteilung der Massenverbrechen eine sehr schwierige.

Am bedeutsamsten für die Erregung der Massen ist jedenfalls die Nachahmung, die Suggestion, welche hier die denkbar grösste Macht erreicht, so dass ihr nur besonders gefestigte Charaktere zu widerstehen vermögen. Der grösste Teil der Menge ist allzu willensschwach, lässt sich blindlings fortreissen und begeht oft Scheusslichkeiten, vor denen der einzelne zu andern Zeiten zurückschrecken würde. Eine gewisse Verantwortlichkeit bleibt aber unter allen Umständen für jeden bestehen, denn, wenn er auch noch so stark beeinflusst wird, willenlos ist er darum nicht, noch weniger wie ein Hypnotisirter, der auch nicht bedingungslosen Gehorsam leistet. — Grosse Berücksichtigung bei der Strafabmessung verdient auch das der ganzen Volksbewegung zugrunde liegende Motiv.

Allgemeine Normen lassen sich für die Beurteilung von Kollektiv-Verbrechen nicht aufstellen, auch das Strafgesetzbuch vermag hier keine Richtschnur zu bieten. Es muss vielmehr vorläufig dem gesunden Sinne des Richters überlassen bleiben, in jedem einzelnen Falle das Richtige zu treffen. Für künftige gesetzgeberische Reformen in dieser Richtung Material zu liefern, bezeichnet Verf. als den Zweck seines Buches. *Schlüter.*

Cramer, Dr. A., Privatdozent. Gerichtliche Psychiatrie. Ein Leitfaden für Mediziner u. Juristen. — Jena. Verlag v. Gustav Fischer. 1897.

Der erste, allgemeine Teil des Leitfadens behandelt nach einer psycho-physiologischen Einleitung und einer kurzen Darstellung der allgemeinen Ätiologie und Symptomatologie das materielle Recht, das Gutachten in Strafsachen, die Sachverständigenthätigkeit bei der Entmündigung, die Pflegschaft, zweifelhafte Geschäfts- und Testirfähigkeit und Ehescheidung wegen Geisteskrankheit. Im zweiten, speziellen Teil giebt Verf. eine kurze Charakteristik der Hauptformen der Geistesstörungen und veranschaulicht deren Beziehungen zum Zivil- und Strafrecht an einer Reihe von kasuistischen Beispielen. — In dem durch gediegene Kürze und Klarheit der Darstellung ausgezeichneten

Leitfaden findet das neue bürgerliche Gesetzbuch volle Berücksichtigung. Das Buch ist für Mediziner und Juristen in gleichem Masse zu empfehlen.

Scheven.

---

4. Allgemeine Pathologie und Therapie.

Ref.: Snell-Hildesheim.

Laehr, Die Bedeutung der Psychiatrie für den ärztlichen Unterricht. Berliner klin. Wochenschr. No. 3. u. 4.

Es wird die Gleichstellung der Psychiatrie mit der inneren Medizin, der Chirurgie und der Geburtshülfe im klinischen Unterrichte und im Staatsexamen gefordert. Nur durch diese Massregel kann die frühzeitige Diagnose der geistigen Störungen durch die Hausärzte und die rechtzeitige Anwendung der notwendigen Behandlung erreicht werden. Die Überfüllung der Irrenanstalten, über die jetzt überall geklagt wird, ist grösstenteils dadurch verschuldet, dass die meisten Geisteskranken ihnen erst zugeführt werden, nachdem sie durch lange Dauer und unzweckmässige Behandlung ihrer Krankheit unheilbar geworden sind. Wenn die praktischen Ärzte einigermassen mit der Psychiatrie vertraut wären, so würden sie die Irrenanstalten beurteilen können, was jetzt nicht der Fall ist; die minder guten Anstalten würden dann von selbst bald verschwinden; Zustände, wie sie der Aachener Prozess ans Licht gebracht hat, würden nicht mehr möglich sein. Der Aufsatz schliesst mit den Worten: „Fehlt es gegenwärtig, wo die Gelegenheit günstig erscheint, an der Kraft, eine solche Reform, wie ich sie vorschlage, durchzuführen, oder an der Möglichkeit, widerstrebende Hindernisse zu besiegen, so ist zu bedauern, dass eine universelle Ausbildung des angehenden Arztes noch nicht erreichbar ist, wie ein Hippokrates sie schon vertrat, dann seien diese Zeilen dazu bestimmt, sie in Erwägung zu geben und ihre Durchführung anzubahnen. Kommen wird diese Zeit, weil sie notwendig ist."

Sikorski, J. A., Der erste und der letzte Tag der klinischen Thätigkeit der Studenten der Medizin. Beitrag zur Psychologie des ärztlichen Standes. Fragen der Neuro-Psychischen Medizin. Russische Zeitschrift. Zweiter Jahrgang. Heft 1. Kiew 1897.

Unter diesem Titel veröffentlicht Prof. Sikorski zwei Vorträge:

1. Der erste Tag. Vortrag gehalten am 16. September 1896, den Zuhörern des VII. Semesters.

S. macht die Studierenden der Medizin auf die Bedeutung und den Wert der klinischen Thätigkeit aufmerksam und hebt hervor, welche grosse Mühe und Arbeit, verbunden mit moralischer Anstrengung das Studium der praktischen Medizin verlangt. Auch in der Klinik sind es die schon erkannten und erlernten Facta der Physiologie und Pathologie des Menschen, mit denen es der Studierende zu thun hat, doch ist die Hauptaufgabe die, die pathologischen Erscheinungen zu analysiren und mit den normalen Erscheinungen des Lebens zu vergleichen, um es zu erreichen, die krankhaften in normale, d. h. die pathologischen in physiologische Erscheinungen umzuändern; daher treffen wir auch in der Klinik neue Methoden zur Erlernung und Erkennung der Erscheinungen; auch die dortigen Facta haben einen viel weiteren und anderen Umfang und ein eigentümliches subjektives Inscenetreten.

Die klinischen Facta zeigen eine aussergewöhnliche Breite, die sich weder einengen noch verkürzen lässt; der Kliniker muss für alle möglichen Eventualitäten gewappnet und gerüstet sein. Eine weitere Schwierigkeit der klinischen Forschung sind die besondere Methode, mit der die Erscheinungen erforscht werden. Der Physiologe hat das Experiment zu seiner Verfügung, der Kliniker nur die genaue Beobachtung, um das Leiden, dessen Lokalisation und Einfluss auf den Organismus zu bestimmen Die Beobachtung am Krankenbette ist das allein massgebende; das Laboratorium, im Anschluss an die Klinik, kann nicht zum Ziele führen; die Klinik allein ist und bleibt die Schule zur wissenschaftlichen und praktischen Bildung des Arztes.

Eine dritte Quelle der Schwierigkeiten, die die Klinik bietet, liegt in dem Objekt der Forschung, da dasselbe nur den lebenden und kranken Menschen darstellt. Hier muss nun als Regel gelten, dass die Untersuchung trotz des Wissendranges, nie die Grenzen der Menschlichkeit überschreite.

Eine weitere Quelle der Schwierigkeiten, namentlich für den angehenden jungen Kliniker, ist das subjektive Inscenesetzen der Untersuchung, da gerade in der Klinik das menschliche Leiden sich sozusagen konzentrirt. Trotzdem aber muss auch hier der Untersucher Festigkeit des Charakters, Geistesgegenwart und Scharfsinn bewahren. Dazu aber gehört moralische Stärke und Kraft und trotz derselben tritt häufig Erschöpfung ein. Die Klinik erfordert viel mehr Mut und Ausdauer, ja Selbstverläugnung und Opferwilligkeit als die Beschäftigung an irgend einer anderen Fakultät. — Der Arzt muss mehr als jeder andere

Sterbliche ehr- und menschenliebend sein, zugleich aber auch ausdauernd der Wissenschaft ergeben und fortwährend an deren Weiterentwickelung arbeitend. Er muss aber auch erlernen, die ihm mitgeteilten Geheimnisse seines Patienten in sich zu verschliessen.

Die Hauptaufgabe des Mediziners bleibt immer und überall die Beobachtung des Kranken, sei es in der Klinik, Poliklinik, Ambulatorium oder irgend wo; die Beobachtung in der Nerven- oder psychiatrischen Klinik ist es aber ganz besonders, welche ein viel, viel weiteres Gesichts- und Beobachtungsfeld bietet, als irgend eine andere spezielle Klinik; ja man darf behaupten, dass gleich wie das Nervensystem das bedeutendste Organ darstellt, so umfasst die Nervenklinik die ganze klinische Medizin. In der Nervenklinik erlernen Sie es am fasslichsten, wie Sie dem Schmerz, dem Schreck und so manchen anderen Erscheinungen gegenüber sich zu benehmen haben, Erscheinungen, mit denen Sie sehr oft am Krankenbette zu thun haben werden. Schliesslich Gedanken- und Geistesfrische wie auch Willensstärke sind ohnstreitig Zeichen menschlicher Gesundheit, sie sichern dem Menschen sein moralisches und materielles Sein und tragen dazu bei, Krankheit, Glück und Unglück leichter zu tragen. Andererseits aber bieten der Verfall psychischer Energie, Lebensüberdruss, Pessimismus u. s. w. den verhängnisvollen Beginn des einzelnen Menschen wie auch dessen Nachkommen.

Die Klinik der Nerven- und psychischen Krankheiten lehrt dem Arzte die Kunst, seine eigene und die psychische Gesundheit anderer zu erhalten.

Dies sind die vielen Aufgaben, zu deren Lösung die Nervenpathologie beiträgt; die genaue Kenntnis der Nerven- und Gehirnpathologie macht das medizinische Wissen erst zu einem vollständigen und ganzen Wissen und giebt der ganzen ärztlichen Bildung den philosophischen Charakter.

2. Der letzte Tag der klinischen Thätigkeit des Studenten. Vortrag, gehalten am Ende des X. Semesters in der medizinischen Fakultät der Universität des heiligen Wladimirs in Kiew im April 1896.

Ich sage heute nicht, wie es Gebrauch und Sitte ist: „Geehrte Herren", sondern begrüsse Sie als „Liebe Collegen". Sie haben den vorgeschriebenen 5jährigen Kursus als Hörer der Medizin absolvirt und treten binnen kurzen selbständig in das praktische Leben. Nach beendetem Universitätsexamen beginnt für Sie eine neue Prüfung — die Lebensprüfung. Diese ist eine ununterbrochene und viel schwierigere als die Universitätsprüfung, ich wünsche Ihnen, dass Sie auch in dieser ehrenvoll bestehen mögen.

Als älterer College möchte ich Ihnen nun noch einige freundliche Worte, Gedanken und Ratschläge mit auf den Weg geben.

Das Leben des Arztes ist eine schwere Aufgabe und verlangt mehr Lebensweisheit, als das Leben eines anderen Menschen. Der ärztliche Stand ist nicht nur mit ausserordentlichen Verantwortlichkeiten und Opferwilligkeit verbunden, sondern er ist auch ermüdend und aufreibend und erfordert unaufhörliche moralische Anstrengung, denn es ist ein fortwährendes Fertigsein bei Tag und Nacht, verbunden mit Aufregungen und Unannehmlichkeiten, welche nicht selten sogar ein gefährliches taedium vitae im Gefolge haben, ja, es ist, wie die Statistik lehrt, eine der gefährlichsten Beschäftigungen. Daher ist auch die Sterblichkeit, und besonders in Folge von Infektionskrankheiten keine geringe unter den Ärzten; um anderes Leben zu retten, müssen Sie erst ihr eigenes aufs Spiel setzen, aber nicht blos Ihr eigenes, oft auch das Ihrer Lieben, Ihrer Angehörigen.

Dieser Stand bietet Ihnen aber auch verschiedene ethische und moralische Vorzüge und giebt Ihnen erhebende und erfreuliche Genüsse, indem er den Menschen zum wirklichen Menschen macht und dessen Ausdauer, Pflicht, Menschengefühl und Geistesgrösse anregt und wacherhält und ihnen die allgemeine Achtung bringt. Er fordert dafür aber unermüdlichen Fleiss, Selbstverleugung und gegenseitige Achtung der Ansichten anderer. Weiter ist es Pflicht jedes Arztes, von Selbstüberhebung, Reklame u. s. w. sich fern zu halten und das ihm anvertraute Geheimnis seiner Patienten heilig zu halten. Schliesslich führt er den hypokratischen Eid an, um zu zeigen, wie schon im Altertum das ärztliche Pflichtgefühl und die Moralität hoch und hehr gehalten wurde. *A. v. Rothe.*

Ruysch, *Tellegen*, *van Deventer*, Bericht der Examenskommission der niederländischen Gesellschaft für Psychiatrie über die Jahre 1895 und 1896. Psychiatrische und neurologische Bladen. 4.

Die Kommission zur Abnahme der Prüfungen des Pflegepersonals besteht aus den drei oben genanten Vorstehern, Die Prüfungen waren sowohl theoretisch als praktisch, jeder Kandidat wurde eine Stunde lang geprüft. Es wurde verlangt die Kenntnis der ersten Grundbegriffe vom Bau und von den Verrichtungen des menschlichen Körpers, die Kenntnis der Grundbegriffe der Gesundheitslehre, die Kenntnis der Grundgedanken der Krankenverpflegung und die Kenntnis der Verpflegung nnd Versorgung von Geisteskranken. — Die Kandidaten mussten in sittlicher Beziehung untadelig sein und von guter Gesundheit,.wenigstens

22 Jahre alt und mussten nachweisen, dass sie während 2 Jahre in einem Krankenhause thätig gewesen waren, wenigstens aber 1 Jahr an einer Irrenanstalt oder einer Einrichtung für Nervenkranke.

Schliesslich wird ein Impfzeugnis verlangt. 1895 hatten sich 45 Kandidaten gemeldet, hiervon traten zurück 14 und von den übrigen 31 bestanden 23 die Prüfung, 21 Pflegerinnen und 2 Pfleger. Da der praktische Teil der Prüfung wenig genügte, wurde für die nächsten Kandidaten eine 3jährige praktische Thätigkeit festgesetzt, ausserdem sollten die Kandidaten alle Abteilungen in der Anstalt durchgemacht haben. 1896 betrug die Anzahl der Kandidaten 40, von denen 11 zurücktraten und von den übrig bleibenden 29 wurden 6 abgewiesen und 23 bestanden. Die Namen der Diplomirten werden besonders aufgezählt. — An manchen Anstalten wird das diplomirte Pflegepersonal besser bezahlt, entweder werden ihm Prämien zugebilligt oder es erhält überhaupt ein höheres Gehalt. *Serger.*

Ritti, Nekrolog Calmeil. Annales médico-psychol. Juli—August.

Calmeil wurde am 9. August 1798 zu Poitiers geboren, wo sein Vater Advokat war. Schon als Kind zeigte er grosse Neigung zu den Naturwissenschaften, besonders zur Botanik, auf die er auch, während er in Poitiers und Paris Medizin studierte, viel Zeit verwendete. Er wurde Assistenzarzt bei Dupuytren, dann bei Rostan an der Salpêtière und später bei Esquirol. 1823 übernahm er eine Stellung an der maison de Charenton.

Im Juni 1824 promovirte er mit einer Dissertation über die Epilepsie und ihre Beziehungen zum Entstehen von Geistesstörung. Er blieb mit kurzen Unterbrechungen stets an der Anstalt von Charenton, deren Direktor er 1848 wurde. Diese Stellung nahm er bis 1872 ein. Er starb am 11. März 1895 im 97. Lebensjahre ohne Krankheit. Unter den Charaktereigenschaften Calmeil's ragten hervor grosse Bescheidenheit, eine gewisse Scheu öffentlich hervorzutreten und ein emsiger Fleiss. Von den nicht sehr zahlreichen Veröffentlichungen werden die beiden umfangreichsten, die ja auch in Deutschland allgemein bekannt sind, eingehend besprochen. Es sind dies die historische Arbeit:

De la folie considerée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire, depuis la Renaissance des sciences en Europe jusqu' au 19. siècle, 1845, und

Traité des maladies inflammatoires du cerveau 1859.

Milne Bramwell, J., Das Werk und die Schriften James Braid's. Proceedings XXX. Juni 1896.

B. schildert die wissenschaftlichen Verdienste Braids, besonders seine Studien über Hypnotismus und bedauert, dass dieselben in Deutschland und Frankreich nicht genügend bekannt sind, obgleich Braid durch seine Untersuchungen selbständig zu ähnlichen Resultaten wie später die Schule von Nancy gekommen ist.

Richard Snell-Hildesheim.

Arndt, Rudolf, Was sind Geisteskrankheiten? Halle a. S. Verlag v. Carl Marhold. 1897.

Alle Geisteskrankheiten sind nach A.'s Meinung als Entartungserscheinungen aufzufassen und können nur bei Menschen auftreten, die erblich belastet sind und daher von vorne herein als entartete Individuen bezeichnet werden müssen. Die Geistesstörungen beruhen auf krankhaften Zuständen des Gehirns, besonders des Vorderhirns und seiner grauen Rinde. Meist handelt es sich lediglich um funktionelle Störungen und nur verhältnismässig selten sind greifbare anatomische Veränderungen wahrnehmbar. Stets ist bei Geisteskrankheiten die ganze Individualität beteiligt, das ganze „Ich" verändert. Die Stärke dieser Veränderung kann eine sehr verschiedene sein und schwankt zwischen den leisesten Anfängen einer Störung der Ichempfindung und der gänzlichen Fälschung der Persönlichkeit, bei welcher nichts der Wirklichkeit Entsprechendes wahrgenommen wird. *Schlüter.*

Rosenbach, O., Nervöse Zustände und ihre psychische Behandlung. Berlin. 1897.

Das günstigste Feld für die psychische Therapie bieten die sog. funktionellen nervösen Störungen. Denn da dieselben, wie Verf. nachweist, grossenteils auf perverser Innervation, also einem Willensakt, beruhen, so können sie auch nur auf dem Wege methodischer Erziehung und Belehrung, der Suggestion etc. erfolgreich bekämpft werden. Durchaus nötig für eine derartige Behandlung ist natürlich eine genaue Kenntnis von dem Mechanismus der betreffenden Erkrankung, ein Gegenstand, welchen Verf. daher auf das eingehendste studirt hat. Als besonders prägnante Beispiele funktioneller Störungen werden der nervöse Husten, das hysterische Luftschlucken und die funktionelle Stimmbandlähmung angeführt und eingehend besprochen. — Bei den inneren Krankheiten kommt die rein psychische Heilmethode natürlich weniger in Betracht, jedoch ist ihr Einfluss hier ein grösserer, als man gewöhnlich annimmt; spielt doch auch bei jeder medikamentösen Behandlung das psychische Moment eine hervorragende Rolle. Im allgemeinen empfiehlt Verf., mehr als bisher geschehen ein abwartendes Verfahren einzuschlagen, da man bei voreiligen Eingriffen nie ein rich-

tiges Bild des Krankheitsverlaufes und ein massgebendes Urteil über den Wert der therapeutischen Massregeln bekommen könne.

Schlüter.

Popow, N. M., Vorlesungen über allgemeine Psychopathologie. (Lekcy po okstschei psichopatologii.) 292 St. VIII Kasan 1897.

Die Anzahl guter Originalwerke in russischer Sprache über Psychiatrie mehrt sich und der Student und praktische Arzt findet heute schon hinreichende Hilfsmittel ohne zu Übersetzungen seine Zuflucht nehmen zu müssen. Ein solches, gut angelegtes und durchgeführtes Lehrbuch ist das oben angeführte, dessen Verf., Prof. Nicolaus Popow, auch den deutschen Fachkollegen, durch seine Forschungen auf dem Gebiete der mikroskopischen patholog. anatomischen Untersuchungen des Gehirns bekannt ist.

Ich kann nicht sagen, dass der Verf. etwas ganz Neues oder neue Untersuchungsmethoden bringt; nein, auch er ruht auf den Schultern seiner Vorgänger, aber das, was er bringt, ist klar, deutlich und verständlich; alles problematische und hypothetische ist so viel wie möglich weggelassen, und dadurch der Studierende von unnötigem und überflüssigem Ballast befreit und ihm nur das wirkliche und notwendige gegeben, was die heutige Wissenschaft und klinische Erfahrung anerkennt.

Das ganze Buch besteht aus 21 Vorlesungen und zwar behandelt die 1. Vorlesung einen geschichtlichen Überblick über Entwicklung der Psychiatrie, welche meiner Ansicht nach etwas zu kurz ausgefallen ist. Wir finden auch hier die Ansicht vertreten, dass Pinel der eigentliche, ja alleinige Schöpfer unserer heutigen Psychiatrie sei. Eingehender jedoch bespricht P. die Bedeutung und den Wert der Forschungen von Fourens, Hitzig, Ferrier, Wundt, Meynert und Bianchi. Der Schluss dieser Vorlesung beschäftigt sich mit der Bedeutung der Pscyhiatrie für die Menschheit im allgemeinen.

Die 2. Vorlesung behandelt die Grundlagen der heutigen Physiologie, ihre Aufgaben und Methoden und die Psycho-Physiologie und deren Wert für das Studium der praktischen Psychiatrie.

Die 3. bis 9. Vorlesungen besprechen die Symptomatologie des Irreseins. Der Reihenfolge nach beschäftigt sich der Verf. mit den Anomalien der Empfindungs-, Vorstellungs- und Willensphäre. Diese Fragen sind recht eingehend, aber auch klar und verständlich dargelegt und basiren auf unserer heutigen Kenntniss der Psychophysik. Fast eine ganze Vorlesung widmet P. den Anomalien der Geschlechtsempfindung mit Berücksichtigung der Auffassungen Clevengers, Caspers, Westphals und v. Krafft-Ebings. Ebenso eingehend bespricht

er die Bedeutung der Illusionen und Halluzinationen und die Theorien und Hypothesen über dieselben von Esquirol, Hagen, Lélut, Schroeder van der Kolk, Meynert, Kandinski und Tamburini. Die Bewusstseinstörungen werden einer genauen Prüfung unterzogen und hieran die Sprachstörungen in Bezug auf das Irresein angeknüpft.

Die 10. u. 11. Vorlesung behandelt die somatischen Störungen der Geisteskranken wie auch die Bedeutung und den Wert des Schlafes.

Die Vorträge 12, 13, 14, 15 und 16 beschäftigen sich mit den Krankheitsursachen; 17 mit dem Verlauf und dem Ausgange des Irreseins, 18 der Diagnose; 19 der Prognose und 20 und 21 mit der Behandlung der Psychosen.

Es unterliegt für mich keinem Zweifel, dass das vorliegende Werk eine beachtenswerte Bereicherung der russischen Psychiatrie, für den Studierenden und praktischen Arzt aber eine Quelle reicher Aufklärung ist. *A. v. Rothe.*

Sachs, B., Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Kindesalters für Ärzte und Studierende. Ins Deutsche übertragen von Dr. B. Onuf-Onufrowicz. Autoris. Übersetzg. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke 1897.

Die vorliegende Arbeit des Verf., welcher bereits in ihrer englischen Auflage in deutschen Zeitschriften eine günstige Kritik zu Teil geworden, verdient in ihrer deutschen Übersetzung in weiteren medizinischen Kreisen Beachtung zu finden. Verf. bringt der Reihe nach die funktionellen Störungen, dann die peripheren und zentralen Krankheiten des Nervensystems im Kindesalter in ausführlicher Weise zur Darstellung; auch die psychischen Störungen finden Berücksichtigung. In den der Therapie gewidmeten Abschnitten berichtet Verf. neben der nötigen Besprechung der vorherrschenden Ansichten stets über die von ihm selbst geübte Methode, wie er überhaupt in der Vorrede seiner englischen Ausgabe mit Recht hervorhebt, dass fast jedes Kapitel persönliche Erfahrung und Forschung verrät. Der Reichtum an vortrefflichen zum grossen Teil nach Photographien hergestellten Abbildungen erhöht den Wert des Buches, ebenso wie die jedem Abschnitte angefügten Bibliographien. *Scheven.*

Lentz, Klassifikation der Geisteskrankheiten. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. März.

Die Unzulänglichkeit der gebräuchlichen und den statistischen Erhebungen in Belgien zu Grunde gelegten Nomenclatur der Geistestö-

rungen wird nachgewiesen und besonders die Unklarheit und Verschwommenheit der für alle möglichen Zustände gebrauchten Namen Manie und Degenerationspsychose klargelegt. Der belgischen Statistik kann demnach kein grosser wissenschaftlicher Wert zuerkannt werden. Besser wäre es, Bezeichnungen einzuführen, die neben den wichtigsten klinischen Symptomen die Aetiologie und Pathogenie angeben, also z. B. „Ängstliche Traurigkeit mit motorischer Erregung und Wahnideen des Verlorenseins, psychischen Ursprungs," oder „Wahnsinn mit Grössen- und Verfolgungsideen in Folge von Sinnestäuschungen, sei es des Allgemeingefühles, sei es des Gesichtes und Gehöres, auf alkoholischer Grundlage." Diese Bezeichnungen würden allerdings etwas lang sein.

Francotte, Zur Revision der offiziellen Klassifikation. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. September.

An Stelle der Klassifikation der Geisteskrankheiten, welche jetzt den statistischen Erhebungen in Belgien zu Grunde liegt, wird die Einteilung in folgende 14 Formen vorgeschlagen:

1. Manie, 2. Melancholie, 3. Periodisches Irresein, 4. Verwirrtheit, 5. Paranoia, 6. Blödsinn, 7. Dementia paranoides (nach Kraepelin, 4. Aufl.), 8. Paralyse, 9. Geistesstörung mit Neurose (Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie etc.), 10. Toxische Geistesstörungen, 11. Moralisches Irresein, 12. Paraphychien (Degenerative Psychosen), 13. Cretinismus, Idiotie, Imbecillität, 14. Nicht spezifizirte Formen.

Moll, Albert, Untersuchungen über die Libido sexualis. Erster Band. Erster Teil. — Berlin. Fischer's Medizin. Buchhandlung. H. Kornfeld. 1897.

Das vorliegende Werk des Verf. bietet eine Ergänzung und weitere Ausführung seiner in seinem bekannten Buche „Die konträre Sexualempfindung" niedergelegten Studien. Verf. zerlegt den Geschlechtstrieb in zwei Komponenten: den Detumescenztrieb zur Funktion, Entleerung der Keimdrüsen — beim Weibe im Laufe der Stammesentwickelung von der Organfunktion losgetrennt — und den Kontrektationstrieb zur Annäherung an das andere Geschlecht. Wie in der Phylogenese der Detumeszenztrieb als das primäre Fortpflanzungsmittel erscheint, so ist auch in der individuellen Entwickelung des Menschen die Anwesenheit der Keimdrüsen das Primäre. Der Kontrektationstrieb ist ein sekundärer Geschlechtscharakter, aber ebenfalls von den Keimdrüsen abhängig, wie die Folgen frühzeitiger Kastration lehren. Während die Ererbung des Detumescenztriebes keinem Zweifel unterliegt, ist die Ererbung der Richtung des Geschlechtstriebes noch streitig, nach Verf. aber als sicher

anzunehmen. Die Richtung des Geschlechtstriebes erscheint als ein Komplex von Reaktionsfähigkeiten, welche durch zahlreiche spezifische — auf mehrere Sinnesorgane, besonders die des Gesichtssinnes — einwirkende Reize des anderen Geschlechts geweckt werden. Die Komplexe der Reaktionsfähigkeiten können im Leben abgeändert und beeinflusst werden. Auf der Unvollkommenheit oder Unvollständigkeit dieser Komplexe beruht die Erscheinung, dass Männer besonders von weiblichen Individuen mit männlichen Zügen, oder dass sie bald von männlichen, bald von weiblichen Individuen, oder dass sie von Männern mit weiblichem Habitus — dasselbe umgekehrt beim Weibe — sich angezogen fühlen. Für die Vererbung der Richtung des Geschlechtstriebes sprechen vor allem die Thatsachen des Darwinismus, wie auch eine Reihe von Eigentümlichkeiten des Geschlechtstriebes bei Menschen und Tieren. Der vorliegende Band enthält 35 z. T. ausführlich mitgeteilte Krankengeschichten. *Scheven.*

Raffalovich, Marc-André, Uranisme et Unisexualité. Étude sur différentes manifestations de l'instinct sexuel. — Bibliothèque de Criminologie publiée sous la direction du Dr. A. Lassagne. — Lyon. A. Storck, Editeur. — Paris. Nasson & Cie., Éditeurs. 1896.

Verf. unterscheidet zwei Arten des Geschlechtstriebes beim Menschen: die angeborene Inversion oder den Uranismus (nach dem deutschen „Urning" gebildet) und die angeborene Heterosexualität. Die erste Kategorie zerfällt wieder in drei Gruppen: entweder bleibt die Inversion ohne heterosexuellen Verkehr oder trotz desselben bestehen, oder sie verbindet sich unter dem Einflusse der verschiedensten Umstände nach der Pubertät mit erworbener Heterosexualität bezw. macht derselben Platz, oder sie erscheint von vornherein mit heterosexuellen Neigungen verbunden, welche sie verdrängen, mit der sie vereint bleiben, von der sie selbst unterdrückt werden kann. In gleicher Weise lässt sich die Heterosexualität einteilen je nachdem sie das Leben hindurch von Bestand bleibt, oder sich mit erworbener Unisexualität verbindet bezw. ihr Platz macht, oder von vornherein mit unisexuellen Neigungen verbunden ist, welche von ihr unterdrückt werden, neben ihr fortbestehen, selbst die Oberhand gewinnen können. Die Uranisten teilt Verf. ein in: ultra-virils, virils, effeminés, passifs. Er bespricht in weiteren Kapiteln besonders die Entwickelung und Erziehung derselben, die verschiedenen Arten der Befriedigung des unisexuellen Geschlechtstriebes, die Erblichkeit, das Verhältnis zur Freundschaft, sowie die geschichtliche Entwicklung und die Ausbreitung der Unisexualität. Zur Erläuterung dient eine Reihe

grösstenteils historischer, mehr oder weniger ausführlich mitgeteilter Beispiele. *Scheven.*

Munford, Alfred A. (Manchester), Survival movements of human infancy. Brain 1897.

Als „überlebende Bewegungen“ bezeichnet Verf. die impulsiven von Reflexbewegungen in der ersten Kindheit, die nur als überkommene aus früheren Entwickelungsstufen des Menschengeschlechts zu deuten seien. Die ersten Arm- und Handbewegungen des Kindes seien durchaus „agiatisch,“ gleich denen der oberen Extremitäten der Wasseramphibien und Paniden aus der Zeit, wo die Kiemenspalten noch Atmungsfunktionen hatten. Entsprechend dem späteren Stadium des akhorealen Systems der Menschheit stellte sich der Gebrauch der Finger als Greif- und Tastorgan erst nach den agiatischen Bewegungen ein, dabei sei kennzeichnend, dass die Verwendung des Daumens und die Supination des Vorderarms wesentlich später auftrete als die vorherigen Bewegungen, noch später der Gebrauch der Beine. Eine Stütze seiner Ansicht sieht M. darin, dass diese den frühesten Entwickelungsstufen angehörigen Bewegungen bei Erkrankungen am besten erhalten bleiben und die aus späteren Entwickelungsstufen am frühesten verloren gehen, z. B. die Funktionsfähigkeit der Beine. Auch die Bewegungen der Supinatoren vor den Pronatoren bei gewissen Giften lässt diese Deutung zu.

Matusch.

Bregman, E., (Warschau): Zur Lehre von den Erkrankungen des untersten Rückenmarkabschnittes. Neurolog. Ctralbl., Heft 19.

Die klinischen Erscheinungen 3 Monate nach Sturz auf die rechte Gesässhälfte, der anfangs völlige Lähmung der Beine folgte, waren: „motorische und sensible Blasen- und Mastdarmlähmung, umschriebene Empfindungslähmung in der Umgebung des Afters, in der Darm- und Scrotalgegend, in der unteren Gesässgegend und reithosenförmig an der hinteren Fläche beider Oberschenkel nebst peinlichen Parästhesien in allen diesen Teilen. Im Gebiete des plexus ischiadicus fand sich keine Störung. Verf. führt aus, dass eine Läsion des unteren Teils des Sakralmarkes anzunehmen ist und zwar vorzugsweise die graue Substanz, weil in einem grossen Teil des anästhetischen Gebietes disseriente Empfindungsstörungen nach syringomyelitischen Typus bestanden. In der 1—3 Lendenwurzel entsprechendes anästhetisches Gebiet rechts sei wahrscheinlich durch Läsion der 1.—3. Lendenwurzel zu erklären, vorzugsweise der hinteren, weil von der motorischen Lähmung nichts zurückgeblieben war. *Matusch.*

Zanke (Bendorf). Hirngewicht und Schädelinnenraum. Neurolog. Centralblatt Heft 19.

Im Anschluss an seine frühere Mitteilung über Messung des Schädelinnenraums giebt Verf. eine tabellarische Übersicht über die Differenz des Hirngewichts und Schädelinnenraums bei Paralytischen, Epileptischen und Geisteskranken im Allgemeinen. Die zwischen — 30 und + 580 schwankenden und hinsichtlich der Erkrankungsform keine Gesetzmässigkeit zeigenden Differenzen lassen sich durch verschiedene Imbibition des Gehirns erklären. Verf. weist nach, dass Tiergehirne nach den Tierarten in verschiedenem Grade Wasser aufnehmen, diese Fähigkeit wird durch Temperaturen bis zur Lebenswärme nicht, durch den Salzgehalt des Wassers in hohem Grade beeinflusst. Beim Menschengehirn ergiebt sich Gewichtszunahme durch Imbibition nach 24 Stunden in Leitungswasser um durchschnittlich 16% des Grosshirns, 19% des Gesammtgehirns, ein Prozentsatz, der durch Zusatz von 0,6% Kochsalz auf die Hälfte herabsinkt. Verf. fordert zu weiteren Untersuchungen nach dieser Richtung auf, namentlich zu Vergleichen mit Gehirnen Geistesgesunder.

Kiernan, Is the Race degenerating? A critique of Nordau's theory (The Alienist and Neurologist Okt. 95).

Verf. wendet sich in einem Vortrag vor der Chicago Academy of medicine gegen die von Lombroso und Nordau vertretene Anschauung, dass das heutige Geschlecht „degenerirt“ sei und sucht diese Anschauung vor Allem durch den Hinweis auf die anglo-amerikan. Race zu widerlegen. Er hält es für falsch, Dichter und andere Schriftsteller als Degenerirte zu bezeichnen, weil sie mit Vorliebe ihre Stoffe und Vorwürfe unter pathologischen Menschen suchen, wie Ibsen. Weiter weist er auf die Thatsache hin, dass die Statistik für die Vereinigten Staaten in der Zeit von 1880—90 sogar eine Abnahme der Geisteskranken ergab, wobei noch daran zu denken ist, dass die statistischen Untersuchungen exakter ausgeführt wurden als früher.

Die amerikanische Race ist also im Stande, die während 300 Jahren von der alten Welt importirten psychischen Minderwertigkeiten (Geisteskranke, Verbrecher) auszumerzen und zu assimiliren. Auch das Überwiegen weiblicher Geburten als Zeichen einer Minderwertigkeit der Race aufzufassen, wird bekämpft, mit dem Hinweis, dass der weibliche Typus in der Entwicklungsreihe am höchsten stehe.

In der Debatte sagt Bannister-Chicago, dass ein Teil der geistigen Erkrankungen in Amerika die Folge der zunehmenden Erschwerung der Lebensbedingungen, nicht ein Zeichen der Racendegeneration

sei; im übrigen wendet er sich scharf gegen Nordau, spricht diesem Gründlichkeit u. s. w. ab.

Talbot-Chicago betont, dass nicht ein körperliches oder psychisches Zeichen, sondern nur das Zusammenkommen mehrerer berechtige, von Degeneration zu sprechen. Er zeigt an Porträts von 4 Generationen einer Familie, dass die Degenerationsabzeichen sich im Laufe der Entwickelung völlig ändern können. *Weber*-Uchtspringe.

Meyer, A Rewiew of the Signes of Degeneration and of Methods of Registration. Americain Journal of Insanity Jan. 96.

Verf. betont die Wichtigkeit der Kenntnis der Degenerationszeichen für kriminelle Zwecke, ferner für die Frage der Verheiratung: „Wie weit entsprechen die äusserlich wahrnehmbaren Degenerationszeichen Änderungen der ganzen Persönlichkeit? Welche Verstärkungen oder Abschwächungen der Degenerationszeichen lassen sich innerhalb einer Familie finden?"

Dazu ist es nötig, ein methodisch gewonnenes Beobachtungsmaterial zu sammeln; für die körperlichen Degenerationszeichen giebt Verf. eine Übersicht der Gesichtspunkte, nach denen von ihm Beobachtungen hierüber angestellt wurden. Er teilt ein in a) morphologische Abweichungen von der Norm, b) Funktionelle Abweichungen, c) Rein psychische Kennzeichen. (Stigmata.)

Für die körperliche Untersuchung werden genaue Messungen der Länge und Dicke des Rumpfes und einzelner Glieder an anatomisch fixirten Punkten gefordert. Die meiste Sorgfalt wird dem Schädel, Gesicht und Ohr gewidmet. Den Schädelmassen legt er die Riegersche Horizontale (oberer Rand der Augenhöhle und Protuberantia occipitalis) zu Grund und giebt eine genaue Schilderung von dessen craniographischer Methode, deren Anwendung er sehr empfiehlt. Sie besteht bekanntlich darin, dass beim Lebenden ein Kupferblechstreifen in der gedachten Linie um den Schädel gelegt wird. Der Scheitelpunkt wird durch ein Fadenkreuz bestimmt, das die Horizontale ausserdem in 4 Quadrante teilt. Dann werden auf sog. Millimeterpapier mit dem Tasterzirkel zunächst die Sagital- und Frontalaxen direkt aufgetragen; die Form der Kurven wird mit dünnem Bleidraht direkt vom Schädel abgenommen und auf das Papier übertragen. Auf dasselbe Papier kommt in ähnlicher Weise eine Frontal- und eine Sagitalkurve. Der Vorteil ist, dass jede Assymetrie sofort zahlenmässig festgelegt werden kann.

Es folgt dann eine genaue Aufzählung der Degenerationszeichen im Gesicht und eine sehr ausführliche, durch Skizzen und Schemata erläu-

terte Schilderung der Abweichungen in der Ohrform (hauptsächlich nach Schwalbe). *Weber*-Uchtspringe.

Sante de Sanctis. Die Geisteskrankheiten und die Träume. Annales de la société de médecine de Gand. August bis September.

Es werden Fälle von Melancholie und Paranoia mitgeteilt, in welchen der Ausbruch der Krankheit mit einem lebhaften Traume zusammenfiel. Die später auftretenden Halluzinationen waren in ihrem Inhalte verwandt mit jenem Tranme. Oft war die Grenze zwischen Halluzination während des Wachens und Traum nicht zu unterscheiden.

Rothschild, Zur Frage der Ursachen der Linkshändigkeit. Jahrbücher für Psychiatrie.

Ein vierjähriges Mädchen wurde wegen seiner Linkshändigkeit Gegenstand des Spottes seiner Gespielinnen und in Folge davon eingeschüchtert und verbittert. Da Ermahnungen und Strafen nichts halfen, wendete sich die Mutter an den Arzt. Es wurde dem Kinde in der Hypnose suggerirt, es solle von nun an die rechte Hand gebrauchen. Nach 3 Sitzungen war der Erfolg vollständig und hat bisher (2½ Jahre lang) gedauert. Dieser Fall beweist, dass auch ohne irgend welche anatomische Grundlage Linkshändigkeit im Kindesalter auftreten kann.

Moeli, Weitere Mitteilungen über die Pupillen-Reaktion. Berliner klinische Wochenschrift No. 18 und 19.

Unter mehr als 3640 in den letzten 3 bis 4 Jahren beobachteten Geisteskranken befanden sich 390 männliche und 143 weibliche, zusammen also 533, zweifellose Paralysen. In 7 Fällen nur einseitig aufgehobener oder sehr beeinträchtigter Lichtreaktion war auf demselben Auge auch die indirekte Lichtreaktion sehr vermindert oder aufgehoben. Gestützt auf Beobachtungen von einseitiger Lichtreaktion hat Heddaeus eine Hypothese aufgestellt, nach der der Ramus Iridis des Oculomotorius sich aus 2 Wurzeln zusammensetzt, einer aus dem Sphinkterkerne und einer aus dem Accomodationskerne. Es würden dann drei Faserbündelchen oder Kernabschnitte für die Ciliarnerven getrennt erkranken können: ein Kernbündel für Lichtreiz, ein bei Akkomodation thätiges für den Sphinkter und eines für die Akkomodation. Moeli führt 20 Krankengeschichten kurz an, nach denen ihm die Hypothese von Heddaeus nicht gesichert erscheint. Augenmuskellähmungen sind bei Lues cerebralis mit Psychose viel häufiger als bei Paralyse. Unter den 3640 Kranken waren 32 Fälle von Tabes mit Psychose aber nicht Paralyse. Lichtstarre

der Pupillen im Greisenalter wurde bei 5 Kranken gefunden unter 471 Aufgenommenen, die das 60. Lebensjahr überschritten hatten. 3 von ihnen boten zugleich das Westphahl'sche Zeichen. Herderkrankungen des Gehirns führten in 6 Fällen zur isolirten doppelseitigen Lichtstarre. In 5 Fällen bestand beiderseits Aufhebung der Lichtreaktion nach Vorausgehen von Lues, ohne dass irgend welche Abweichung im Oculomotorius bestand und für Tabes oder Paralyse Anzeichen vorlagen. Lichtstarre kommt nach Lues auch ohne Psychose vor. 7 Fälle von Lichtstarre bei einfacher Psychose (Paranoia, periodische Manie u. s. w.) ohne nachweisbare Lues oder sonstige Vorerkrankungen wurden beobachtet. Die Lichtstarre bei Alkoholisten ist in den meisten Fällen nicht von Dauer.

Sakowitsch, *M. K.*, Ueber den Einfluss der grauen Substanz des Bodens des dritten Ventrikels und des Sehhügels, auf die Körpertemperatur. (Aus dem Laboratorium des Prof. Bechterew. Doctor-Dissertation). Wratsch Nr. 20.

Verletzungen, in der Form von Stichen, der grauen Substanz des dritten Ventrikels, besonders der vorderen Teile und des Sehhügels, rufen Erhöhung der normalen Körpertemperatur und deren Ausscheidung durch die Oberfläche hervor. Unter dem Einflusse derselben Verletzungen wird die Quantität der von Tieren ausgeschiedenen Kohlensäure bedeutend erhöht. Sowohl die Temperatur wie auch die von dem Tiere ausgeschiedene Kohlensäure kehrt in den Tagen nach der Operation langsam und stufenweise zu ihrer Norm zurück. Begrenzte Verletzungen des Gehirns z. B. Nadelstiche, welche eine die Normaltemperatur übersteigende Erhöhung hervorrufen, wirken wahrscheinlich als Reize der Gehirngewebe. Zerstörung der grauen Substanz des dritten Gehirnventrikels und des Sehhügels erniedrigen bedeutend sowohl die innere wie auch die peripherische Temperatur. Blutansammlung in den Höhlen der Seitenventrikel vermindert (erniedrigt) die Körpertemperatur des Tieres.

A. v. Rothe.

Taverni (Catania). Di uno stato analogo al Daltinismo degli occhi in tusti gli altri sensi umani esterni. (L'Anomale VII. 1. p. 27).

Es ist schade, dass Prof. *Taverni* die weitere Ausführung seiner Beobachtung, dass ausser der Farbenblindheit auch die anderen Sinnesorgane ähnlichen Defekten unterworfen sind, bisher unterlassen hat. Unter mehr als 1000 untersuchten Personen beiderlei Geschlechtes fand er 161, die „komplementäre Sensationen“ bei im übrigen vollständiger

Gesundheit aufweisen, und zwar 108 beim Gehör, 23 Geschmack, 18 Tastgefühl, 12 Geruch. Die klassische Farbenblindheit fand er nur 2mal mit dem Daltonismus eines andern Sinnesorganes vergesellschaftet.

Fraenkel.

Lugaro, E., Sulle funzioni dei canali semicircolari. Riv. di Patolog nerv e mentale Vol. II f. 10 pag. 440.

Die Richtung des Achsenzylinders (axon di II typo) in den Ursprungszellen der Nerven, durch die Metallfärbung ermittelt, lässt die ihnen zukommende Funktion sofort erkennen, d. h. ob sie in auf- oder absteigender Linie verlaufen; die Verbindung der Peripherie mit Sinnes- oder Bewegungsorganen giebt den sichern Aufschluss über die Art der Funktion des Elementes. — Kann man nun die Verkettung verschiedener Neurone von der sensitiven zur motorischen Peripherie verfolgen, so lässt sich der Verlauf der Nervenwelle bis zu ihrer äussersten Wirkung ermitteln. — Auf diesem anatomischen Wege, selbstverständlich in Verbindung mit den Ergebnissen der Pathologie und Physiologie, glaubt Verf. die Frage über die Funktionen der halbkreisförmigen Kanäle zu lösen mit dem Ergebnis, dass

„die letzteren einen Hörapparat bilden, der reflektorisch Be-
„wegungen der Augen, des Kopfes und Rumpfes in der Richtung
„des Tones auslöst, indem er die Aufmerksamkeit auf die tönende
„Quelle hinlenkt Die halbkreisförmigen Kanäle erzeugen auf
„indirektem Wege die Vorstellung von der Richtung des Tones,
„indem sie mittelst jener entsprechenden Muskelbewegung oder
„Spannung, die Vorstellung von der Lage in den entsprechenden
„Richtungen erwecken."

Den Ausführungen des Verf, die auf Untersuchungen über denselben Gegenstand von *Thomaszewicz* und *E. Cyon* (1877 und 1897), *M'Bride* (1882) und *Held* (1893) und über die des Kleinhirns von *Thomas* (1897) und ihm selbst (sulla genesi delle circonvoluzioni cerebrali e cerebellari in Riv. di Pat. nerv. 1897) hinweisen, ist ein schematisches Bild des Verlaufes des Vestibularnerven beigegeben. *Fraenkel.*

Pitres, Untersuchungen über die Gefühls-Illusionen der Amputirten. Annales médico-psychol. Januar—Februar und März—April.

An 30 Amputirten wurden die Untersuchungen angestellt, und zwar war in 10 Fällen der Oberschenkel, in 8 der Unterschenkel, in 2 eine oder mehrere Zehen, in 3 Fällen der Oberarm, in 3 der Unterarm und

in 4 Fällen ein oder mehrere Finger amputirt. Das Ergebniss wird in folgenden Sätzen zusammengefasst:

Die Gefühlsillusionen der Amputirten entstehen durch Erregung der Nervenfasern in der Amputationsnarbe, welche falsch gedeutete Empfindungen hervorrufen. Sie können bis zu gewissem Grade psychisch beeinflusst werden. Die Fixation der Aufmerksamkeit giebt ihnen grössere Bestimmtheit. Gewisse Ideenassoziationen lassen sie schärfer hervortreten. Aber sie sind niemals rein cerebralen Ursprungs. Der Amputirte lokalisirt seine Empfindungen nur dann an irgend einem Punkte des nicht vorhandenen Gliedes, wenn er vorher die illusorische Empfindung von der Existenz dieses Gliedes hat, und diese Empfindung ist stets peripheren Ursprunges.

Rothmann, Ueber das Rumpfmuskelcentrum in der Fühlsphäre der Grosshirnrinde. Neurolog. Centralblatt Nr. 24.

Die Ergebnisse der an Hunden und Katzen angestellten Versuche werden in folgenden Sätzen zusammengefasst:

1. Die in den Centralwindungen gelegene Extremitäten-Region der Grosshirnrinde steht bei Hund und Katze in keiner Beziehung zur Rumpfmuskulatur.

2. Die nach elektrischer Reizung dieser Regionen auftretenden Krümmungen der Wirbelsäule sind stets sekundär durch die starke Kontraktion des Ileo-Psoas bezw. der Schulterblattmuskulatur hervorgerufen, ohne die geringste Beteiligung der Rückenmuskulatur.

3. Der bei einseitiger Exstirpation der Extremitätenregion beobachtete Ausfall des von Unverricht und Kusick angegebenen „Tischversuches" ist nicht auf eine Schädigung der gleichseitigen Rückenmuskulatur, sondern der gekreuzten Hüftmuskeln, vor allem des Ileo-Psoas zurückzuführen.

Sanjuan. Hallucinationen bei Taubstummen. Archives de Neurologie. März.

Die Sinnestäuschungen von Taubstummen, die keinen Unterricht genossen haben, können in keiner anderen Sprache sich bewegen, als in der Geberdensprache. Dies gilt sowohl für die Gesichtshallucinationen, als auch für die psychomotorischen. Ein 33jähriger taubstummer Schmied, der sich nur in der Zeichensprache verständlich machen konnte, sah in einem Anfall von Delirium potatorum roth gekleidete Gestalten von verschiedener Grösse, die ihn durch Bewegungen der Hände mit Erdrosseln und Aufhängen bedrohten. Diese hallucinirten Personen redeten also die einzige, dem Taubstummen verständliche Sprache. Ob auch psycho-

motorische Hallucinationen der Geberdensprache bei diesem Kranken vorkamen, liess sich wegen der Schwierigkeit der Verständigung nicht entscheiden. Dagegen wurde festgestellt, dass in den Träumen von unterrichteten Taubstummnn, die gut Auskunft gaben, sowohl sensorische wie motorische Vorstellungen in den 3 Arten des Ausdruckes vorkommen, welche bei unterrichteten Taubstummen in Betracht kommen: der Sprache mit Mundbewegungen, der Schrift und der Geberdensprache.

Sticker. Ueber Versuche einer objectiven Darstellung von Sensibilitätsstörungen. Wiener klin. Rundschau. No. 30, 31.

Um einen objectiven Ausdruck für Störungen der Sensibilität zu gewinnen, schienen die von Tarchanoff entdeckten galvanischen Erscheinungen in der Haut bei Reizung der Sinnesorgane geeignet zu sein. Werden auf zwei verschiedene Körperstellen, z. B. die Palmar- und Dorsal-Fläche einer Hand, Elektroden gesetzt, die mit einem sehr empfindlichen Galvanometer in Verbindung stehen, so zeigen sich in den galvanischen Strömen, die dann entstehen, gewisse Veränderungen („Erregungsstrom"), wenn die Versuchsperson an einer beliebigen Hautstelle mit einem Haarpinsel berührt wird, oder wenn sie durch irgend ein Sinnesorgan einen Reiz erfährt. Sticker erwartete, dass die Berührung einer anästhetischen Hautstelle keinen Strom verursachen werde und dass auf diesem Wege eine von den Angaben des untersuchten Menschen unabhängige Feststellung von Sensibilitätsstörungen möglich werden könnte. Diese Hoffnung ging nicht in Erfüllung. Von vollständig anästhetischen und analgischen Hautstellen aus liess sich der Erregungsstrom in entfernten Hautpartien ebenso gut hervorrufen wie von irgend einer Hautstelle mit normaler Sensibilität. Die Reizung der Capillargefässe scheint von wesentlicher Bedeutung für das Auftreten des Erregungsstroms zu sein.

Obersteiner, Der centrale Sehapparat in diagnostischer Beziehung. Wiener Medic. Presse No. 6.

Der Vortrag wurde im „Wiener med. Doctoren-Collegium" gehalten und bezweckte zu zeigen, wie weit die Ergebnisse der Gehirnanatomie eine diagnostische Verwerthung bei der Beurtheilung von Sehstörungen gestatten.

Adamkiewicz. „Hirndruck" und Druck im Gehirn. Ein Beitrag zur Lehre von der Strömung der physiologischen und der Stase der pathologischen Flüssigkeiten im Schädel. Wiener Medic. Wochenschrift No. 29—31 und Neurolog. Centralblatt No. 10.

Auch in den vorliegenden Aufsätzen bekämpft A. heftig die Lehre vom Hirndruck. „Es ist unrichtig, dass die lebende Nervensubstanz „incompressibel“ ist. Es ist falsch, dass die Cerebrospinalflüssigkeit in den Durasack fliesst und ihn ausdehnt, wenn ein neuer Component den Schädelraum einschränkt. Es ist nicht richtig, dass ein gegen die Hirnoberfläche wirkender Druck die Gehirncapillaren comprimirt und „Gehirnanämie“ hervorbringt, und es ist endlich falsch, dass ein sogenannter „Hirndruck“ die sogenannten „Hirndruckssymptome“ hervorbringt.“ Das Gehirn eines lebenden Kaninchens lässt sich ohne Störung seiner Function um ein Fünftel seines Volumens zusammendrücken. Die Spannung des Liquor cerebrospinalis wächst überhaupt nicht, denn die Flüssigkeit entweicht indem sie in die Venen des Schädels und damit in den allgemeinen venösen Blutstrom des Körpers eintritt. Eine Spannungszunahme des Liquor wirkt unmittelbar tödtlich. Nicht die Capillaren, sondern die Venen würden bei Steigerung des Druckes in der Schädelhöhle zuerst comprimirt werden, es würde also nicht Anämie entstehen, sondern Stauung. Ein Hirntumor kann zwar keine erhöhte Spannung der Cerebrospinalflüssigkeit bewirken, wohl aber einen Druck auf das Gehirn ausüben. Alle flüssigen Tumoren, zu denen auch die entzündlichen Exsudate zu rechnen sind, entwickeln sich im Gehirn auf Kosten des comprimirbaren Gehirngewebes und condensiren es. Ein diffuser flüssiger Tumor bewirkt ausser der Compression der Gehirnmasse ein Einpressen von Flüssigkeit in die Interstitien des Gehirngewebes. Dadurch entstehen die Reizungs- und Lähmungs-Erscheinungen, die fälschlich als „Hirndrucksymptome“ gedeutet werden. Mit der Entfernung des flüssigen Tumors, z. B. der Abzapfung eines Exsudates aus dem Wirbelkanale, verschwinden die von ihm erzeugten Compressionsphänome. Der Liquor hat keinen positiven Druck, er hängt ganz von dem Druck in den Venen ab. In der Diploe der Schädelknochen bestehen Verbindungen zwischen dem Arachnoidealraume und den Venen. Wird während der Inspiration der Druck in den Venen negativ, so wird der Liquor von den Venen in den Schädelknochen angesaugt. Dadurch entsteht eine beständige Bewegung in der Cerebrospinalflüssigkeit. Befindet sich aber im Liquor-Raume das Exsudat einer Meningitis, das einen viel höheren Eiweiss-Gehalt hat, so versagt aber der Apparat, welcher für den Liquor eingerichtet ist, und es kann zu Flüssigkeitsansammlung und Erhöhung der Spannung im Schädel kommen.

Nölke. Beobachtungen zur Pathologie des Hirndrucks. Deutsche medicin. Wochenschrift No. 39.

Es werden 7 Fälle mitgeteilt, in denen die Lumbalpunction Anfangs einen hohen Druck im Wirbelcanal erkennen liess; nach Entleerung von

wenigen ccm Flüssigkeit sank dann der Druck ganz bedeutend, ohne dass ein Nachlassen der Symptome von Hirndruck erreicht wurde. Es bestand also, wie in einzelnen Fällen auch durch die Obduction nachgewiesen wurde, eine Unterbrechung der Communication zwischen Schädelhöhle und Wirbelcanal, entweder durch direkte Verlegung durch Tumormassen, oder durch Anpressung von Hirnteilen an die Schädelwandungen und das Tentorium.

Versuchsweise Erklärung einzelner Hemmungserscheinungen auf histologisch physiologischer Basis mit Einschluss einer Hypothese über die Function der Pyramidenstränge. The State Hospitals Bulletin Vol. II. No. 2.

Verfasser schliesst sich in dieser Abhandlung der bereits von anderer Seite vertretenen Ansicht an, dass der Reflexbogen im Lumbalmark für die Erzeugung des Patellarreflexes nicht ausreichend sei, vielmehr seien Fasern, die teils vom Grosshirn, teils vom Kleinhirn herrührten, von ausschlaggebender Bedeutung. Seiner Ansicht nach hängt die Erzeugung des Kniephänomens von drei Factoren ab: 1. von den peripheren sensiblen Nervenfasern, sie wirken erregend auf die motorischen Ganglienzellen in den Vorderhörnern. 2. von Fasern, die vom Kleinhirn kommen und ebenfalls einen erregenden Einfluss ausüben, während 3. die vom Grosshirn stammenden Pyramidenstränge hemmend auf die motorischen Ganglienzellen in den Vorderhörnern des Rückenmarks wirken. Unterbrechung der letzteren ruft Steigerung des Patellarreflexes hervor, die vom Kleinhirn stammenden Stränge absolutes Fehlen, da die reizende Wirkung der peripheren sensiblen Faser vollkommen aufgehoben wird durch die hemmende Wirkung der Pyramidenstränge. Das Eintreten von Hemmung resp. Reizung sucht Verfasser durch folgende Hypothese zu erklären: der Strom im Nerven läuft, wenn er reizend wirken soll, entgegengesetzter Richtung, die er annimmt, wenn er hemmend wirkt und zwar verläuft er bei der Reizung einer Nervenzelle von dem betr. Zellkörper oder seinen Protoplasmafortsätzen in der Richtung zum Nervenfortsatz, bei der Hemmung umgekehrt vom Nervenfortsatz oder seinen Collateralen zum Zellkörper.

Der Arbeit sind zur näheren Erklärung drei Tafeln mit entsprechenden Zeichnungen beigefügt.

Behr-Hildesheim.

Zanke. Ueber Messung des Schädelinnenraumes. Neurolog. Centralbl. No. 11.

Die bisherige Methode, den Innenraum des Schädels mit Schrot, Hirse u. dergl. zu messen, verursacht grosse Fehlerquellen, die sich bei Anwendung von Wasser vermeiden lassen. An der Leiche füllt Zanke zunächst die abgeschnittene Schädel-Calotte mit Wasser aus einem volumetrirten Glase. Sodann wird der Rückenmarkskanal bis zum Foramen magnum mit Wasser gefüllt und darauf die Schädelbasis aus einem graduirten Gefässe. Die Summe der beiden so eingegossenen Wassermengen ergiebt den Innenraum des Schädels. Bei macerirten Schädeln wird die Dura durch eine angefeuchtete Schweinsblase ersetzt, und dann verfahren wie beim frischen Schädel. Soll der Innenraum eines macerirten Schädels gemessen werden, der nicht durchgeschnitten ist, so lässt sich die Schweinsblase nicht anwenden und man muss zum Verstopfen der Schädelöffnungen durch nasse Watte und Wachs seine Zuflucht nehmen.

Goodall. Eine exacte Methode, Difformitäten des harten Gaumens aufzuzeichnen. Journal of mental science. Oktob.

Von dem harten Gaumen wird ein Abguss nach der bei den Zahnärzten gebräuchlichen Methode genommen. Danach wird ein Ausguss des Gaumens hergestellt, der durch eine horizontale Fläche, entsprechend dem Wurzelhalse der Zähne, und eine senkrechte, hinter dem 2. Molarzahn liegende Fläche abgegrenzt wird. Das so entstandene Modell wird mit seinen beiden ebenen Begränzungsflächen, sowie in einer medialen und mehreren frontalen Schnittflächen durch Umziehen mit einem Bleistift auf Papier übertragen, das in Quadratmillimeter eingeteilt ist. Ausserdem wird durch Eintauchen in ein mit Wasser gefülltes, graduirtes Glasgefäss das Volumen bestimmt. So erhält man auf einem Blatte Papier alle Angaben, welche nothwendig sind, die genaue Form und die Masse des harten Gaumens zu bestimmen.

France. Tuberculose bei Geisteskranken und ihre Verhütung. Journal of mental science. October.

In dem Northumberland County Asylum hat die Zahl der Todesfälle an Tuberculose eine bedenkliche Höhe erreicht. Sie ist von 30 Prozent im Jahre 1894 auf 40 Prozent aller Todesfälle im Jahre 1896 und 1897 gestiegen. Um diesem Uebel zu steuern, wird eine frühzeitige Diagnose und die Absonderung der Tuberculösen angestrebt. Das frühe Erkennen der Krankheit wird erreicht durch sorgfältige Bestimmung des Körpergewichtes aller Kranken in jedem Monat. Wer mehr als 5 Pfund in einem Monat abgenommen hat, oder wer sonst der Tuberculose ver-

dächtig ist, erhält eine Injection mit Koch'schen Tuberculin. Steigt die Temperatur in den folgenden 12 Stunden um 2 Grad oder mehr, so wird Tuberculose angenommen; Irrthümer sind dabei bisher nicht vorgekommen.

Stedman, H. W. Prognose und Dauer geistiger Erkrankungen. — Boston Medical and Surgical Journal. Juni.

S. gibt einen Überblick über die Heilbarkeit und Dauer der geistigen Erkrankungen, welcher hauptsächlich für practische Ärzte berechnet ist. Die Schwierigkeiten der procentuellen Berechnung der Heilbarkeit bei den einzelnen Psychosen entsteht einerseits durch die Mannigfaltigkeit der Nomenclatur, andererseits durch die Verschiedenheit der Anschauung über Besserung und Heilung. S. geht die einzelnen Arten der Geisteskrankheiten durch und führt die Symptome an, die nach seiner und anderer Autoren Erfahrung für einen Ausgang in Genesung oder gegen einen solchen sprechen. Als günstige Formen bezeichnet er Melancholie, Stupor in jugendlichem Alter, acute Verwirrtheit, puerperale und Lactationspsychosen. Zum Schluss warnt S. davor, langsam verlaufende Fälle vorzeitig in die Pflegeabteilungen zu versetzen, in welchen die Aussichten auf Heilung durch geringere Beobachtung und Pflege schlechteren werden. *Richard Snell*-Hildesheim.

Alexander. Harriet, C. B. Geisteskrankheiten des Greisenalters. The Alienist and Neurologist. April.

Unter Berufung auf die Veröffentlichungen von Norburg, Régis und Fürstner werden die dem Greisenalter eigenthümlichen Erscheinungen von Geistesstörung geschildert. Als Beispiel wird Shakespeare's König Lear herangezogen.

Zappert, Ueber Ursachen von Nervenkrankheiten im Kindesalter. Wiener Mediz. Wochenschrift No. 20—22.

Als die wichtigsten Ursachen der Nervenkrankheiten werden Traumen, infectiöse und toxische Ursachen, hereditär-familiäre Momente und psychische Einwirkungen genannt. Die Nervenkrankheiten werden in 4 Gruppen eingetheilt: Periphere Nervenkrankheiten, spinale Erkrankungen, cerebrale Erkrankungen und anatomisch unbestimmbare Nervenkrankheiten. In jeder von diesen 4 Abtheilungen werden die 4 ätiologischen Momente der Reihe nach durchgesprochen. Die Chorea wird als Infectionskrankheit — nach Analogie mit dem Rheumatismus — mit grosser Wahrscheinlichkeit bezeichnet.

Barr. Untersuchungen über Erblichkeit. The journal of nervous and mental disease. März.

Von 1044 Idioten stammten 38 Procent aus Familien, in denen Geisteskrankheiten vorgekommen waren und 57 Procent aus solchen mit Neurosen. An dem ausführlich mitgetheilten Stammbaum von zwei erblich belasteten Familien wird gezeigt, wie in einzelnen Generationen die neuropathische Veranlagung latent bleibt, um dann später wieder hervorzubrechen, wie aber auch einzelne Zweige durch Verheirathung mit Gesunden die krankhafte Disposition ganz zu überwinden vermögen.

Stearns. Erbliche Geisteskrankheit, Geistesstörung und blutverwandte Ehen u. s. w. The Alienist und Neurologist No. 1.

Von 870 Kranken, die in der Irrenanstalt zu Hartfort in Connecticut aufgenommen wurden, waren 193 erblich belastet. In 50 Fällen war die Mutter, in 46 Fällen der Vater geisteskrank. Die Erfahrungen über die Nachkommen von Blutsverwandten sind nicht übereinstimmend. Während im Alterthume die Seleuciden und Lagiden ungestraft Ehen mit den nächsten Verwandten eingingen, lehren die Erfahrungen der Gegenwart, wie sie besonders Bemis zusammengestellt hat, dass aus consanguinen Verbindungen viele Taubstumme, Idioten, Phthisiker und andere körperlich oder geistig Fehlerhafte stammen. Die Beobachtungen an Thieren lehren, dass bei Tauben und Nagethieren die Inzucht keinen Nachtheil bringt, dass sie aber bei Schweinen, Hunden und Hühnern zu rascher Verschlechterung der Rasse führt. Man wird annehmen müssen, dass nicht die Verwandtschaft der Eltern an sich gefährlich ist, sondern die Steigerung der in beiden etwa vorhandenen krankhaften Veranlagung.

Batemann. Unmässigkeit, Ehen unter Verwandten und Ueberbürdung im Unterricht als Ursachen von Nervenkrankheiten und Degeneration. The Alienist and Neurologist. April.

Durch eine Zusammenstellung von statistischen Angaben, die vorwiegend der englischen und skandinavischen Literatur entnommen sind, wird der schädliche Einfluss der Trunksucht, besonders auch auf die Kinder der Trinker, nachgewiesen. Die Schädlichkeit der consanguinen Ehen wird für oft übertrieben gehalten. Die Ueberbürdung der Jugend, die besonders bei Mädchen in neuerer Zeit vorkomme, soll die zunehmende Häufigkeit des Selbstmordes bei Kindern verursachen.

Edel, M. Roentgenbilder bei Akromegalie. Berliner klin. Wochenschrift. No. 32.

In der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten demonstrirte Edel am 14. December 1896 Roentgenbilder, die von zwei Fällen von Akromegalie gewonnen waren. Die eine Patientin aus der Irrenanstalt Dalldorf, 52 Jahre alt, erkrankte vor etwa 10 Jahren mit allgemeiner Schwäche und Parästhesieen in den Gliedern. Dann vergrösserten sich allmählich die Hände und Füsse, die Zunge und die Nase. Die Haut wurde spröde, trocken, abschilfernd, mit Warzen und Lipomen besetzt. Es entwickelte sich eine Geistesstörung, die zu psychischer Apathie und Gedächtnisschwäche führte. Im Roentgenbilde zeigt sich das ganze Handskelet plump und gross. Die Mittelhandknochen haben eine ungewöhnlich grade Achse und sehen keulenförmig aus, indem sie nach dem distalen Ende an Breite zunehmen. Die mittleren Mittelphalangen haben eine abnorme mehr kegelförmige Gestalt. Alle Knochen sind sehr breit, die Endphalangen verhältnismässig kurz. Es bestehen Exostosen an den Diaphysen des 4. Metacarpus und der 5. Grundphalange radialwärts, sowie am Schiffbein. Die andere Patientin, welche früher von Professor Mendel vorgestellt wurde, zeigt in dem Roentgenbilde der Hand zwar ebenfalls erheblich verdickte Weichtheile, aber keine erheblichen Veränderungen des Skeletes.

Hrdlika. Contributions to general Etiology and Pathology of the Jusane. American Journal of Jnsanity. Jan. 1896.

I. Ueber den Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Geisteskrankheit.

Vf. erklärt den aus der Litteratur längst bekannten Zusammenhang zwischen Tuberkulose und geistiger Ekrankung in der Weise, dass eine gleiche Praedisposition bei beiden Leiden vorhanden sei; diese Praedisposition ist erblich und kann bei den Kindern zu einer Erkrankung führen, ehe eines der beiden Eltern erkrankt ist.

Unter Praedisposition („dyscrasia“) versteht Vf. das Wegfallen eines regulirenden und trophischen Einflusses vom Centralnervensystem, welches im Stande ist, den Organismus oder einzelne Organe gegen schädliche Einwirkungen von aussen, z. B. Tuberkulosegift zu schützen. In diesem Sinn nennt er jede Praedisposition („dyscrasia“) eine „milde Form von Geistesstörung“. Den erwähnten Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen hat Vf. bei einer statistischen Erhebung an 400 Geisteskranken beider Geschlechter gefunden. Er suchte bei jedem zu ermitteln, ob Tuberkulose vorhanden war 1) bei den Eltern 2) bei den näheren Verwandten (Brüder, Onkel, Tante, Grosseltern) 3) bei ent-

fernten Verwandten. Er kommt zu dem Resultat, dass 34 % der männl., 53 % der weiblichen Geisteskranken mit Tuberkulose belastet sind. Eine Anzahl von Stammtafeln von Geisteskranken bestätigt seine Befunde.

II. Ueber Geruchsstörungen bei Geisteskranken.

Vf. fand bei 20 aufeinanderfolgenden Sectionen Geisteskranker in 5 Fällen sichere Degeneration der Geruchsnerven. Dies veranlasste ihn, den Geruchsstörungen bei Geisteskranken grössere Aufmerksamkeit zu schenken. Er hat bei denselben 400 Geisteskranken Geruchsprüfungen angestellt, wobei er sich dreier Reagenzgläser bediente, welche mit Lösungen von Pfeffermünzöl, Kampfer und Ammoniak gefüllt waren; er unterscheidet 3 Grade des Geruchsvermögens: normal, mässig herabgesetzt, herabgesetzt bis zum Verschwinden. Die Resultate sind in einer Tabelle zusammengefasst; erwähnenswerth ist, dass bei progr. Paralyse und bei Epilepsie ein sehr geringer Procentsatz normalen Geruchsvermögens gefunden wurde (5—30 %).

III. Ueber Reflexe bei Geisteskrankheit.

Bei denselben 400 Geisteskranken, wie oben, hat Vf. das Verhalten der Patellar- und Pupillarreflexe geprüft und die Resultate in ähnlicher Weise in eine Tabelle gebracht. Etwas Neues bringen diese Resultate nicht; die gradweise Bezeichnung der Reflexe mit „normal" „vermindert" „fehlend" ist auch für unsere heutige Beurteilungsweise der Reflexvorgänge zu ungenau. Wer eine grosse Anzahl Epileptischer untersucht hat, wird sich überdies wundern, dass Vf. nicht mehr als 6 % Abweichungen der Pupillarreflexe vom Normalen gefunden hat.

IV. Farbenblindheit pp.

Schliesslich hat Vf. dieselben Geisteskranken noch einer Prüfung auf Farbenblindheit unterzogen und gefunden, dass nur 2 von 200 männl. und 1 von 200 weiblichen Kranken farbenblind waren. Die daran noch angeschlossene statistische Erhebung über Neigung und Interesse der Geisteskranken zu verschiedenen Arten von geistiger Thätigkeit kann nach des Vf. eigenen Worten keinen Anspruch auf Genauigkeit machen.

Weber-Uchtspringe.

Chatelain. Die Spätheilungen. Journal de l'aliénation mentale et de la médecine legale des aliénés. Mai-Juni 96.

Verf. berichtet über zwei Fälle von Spätheilung depressiver Psychosen. In einem Fall bei einer Dame von 46 Jahren mit mässiger erblicher Belastung trat im Anschluss an Menstruationsbeschwerden zum ersten Male im J. 69 Verstimmung, begleitet von Sinnestäuschungen und Beziehungsvorstellungen auf. Schnelle Besserung unter guter Ernährung, Luftwechsel, Eisendarreichung; Rückfall 1871 im Anschluss an die Aufregungen des Krieges; Neigung zum Selbstmord machte Aufnahme in

die Anstalt im Herbst 71 nötig. Die Selbstmordneigung wurde bald schwächer u. P. bleibt bei körperlichem Wohlbefinden, psychisch absolut unverändert bis 1880 in der Anstalt. Tiefe Depression, Sinnestäuschungen, Versündigungsideen; vollständig ablehnendes Verhalten gegenüber jedem Versuch, sie zu beschäftigen oder zu zerstreuen. Im J. 80 wird P. auf ihr dringendes Bitten nach Hause entlassen, da sie ihre Mutter, die eben einen Schlaganfall erlitten hat, pflegen will. 4 Monate später ist sie, nach einem von ihr selbst geschriebenen Briefe, völlig gesund, bleibt ohne Rückfall und stirbt 10 J. später an morbus Brighti.

Im 2. Fall handelt es sich um einen 42j. Krämer ohne erbliche Belastung, der im Anschluss an geschäftliche Misserfolge niedergeschlagen wird, den Ruin seines Geschäftes befürchtet und sein Geschäft völlig vernachlässigt. Im J. 71. zum ersten Mal in die Anstalt aufgenommen, wird er 3 mal von seinen Angehörigen zurückgeholt; zu Hause macht er Flucht- und Selbstmordversuche, wird gewaltthätig gegen seine Angehörigen und muss jedesmal zurückgebracht werden. Endlich bleibt er 73-78 in derselben Verfassung in der Anstalt. Schwere Depression, gegen die Umgebung schimpfend und abweisend, völliges Darniederliegen der Willensthätigkeit. Im Winter 77—78 entsteht bei dem P. plötzlich eine Struma, die, rasch wachsend, schwere Athembeschwerden macht. Um zu Hause zu sterben, wird P. auf seinen Wunsch aus der Anstalt entlassen. Nach einem Jahr ist, ohne weitere Behandlung, der Kropf verschwunden und der P. psychisch genesen, so dass er sein Geschäft wieder mit Erfolg betreiben kann. Er stirbt 13 Jahre später, ohne einen Rückfall erlitten zu haben, an Pleuropneumonie. Vf. geht auf Aetiologie und Natur bei den Erkrankungen nicht weiter ein, er betont nur, dass in beiden Fällen die Intelligenz trotz der langen Krankheitsdauer, nicht geschwächt war. Er bezweifelt, dass die Heilung bei längerer Dauer des Anstaltsaufenthalts eingetreten wäre und rät, selbst in alten, unheilbar scheinenden Fällen, wenn es die sonstigen Umstände erlauben, die Entlassung aus der Anstalt, resp. die familiale Pflege zu versuchen. *Weber*-Uchtspringe.

Brahn. Die Geisteshygiene in der Schule. Deutsche med. Wochenschrift No. 26.

Eine Uebersicht über die in den letzten Jahren angestellten Untersuchungen über Ermüdung des kindlichen Geistes durch geistige Arbeit und die daraus folgenden Forderungen an die Hygiene des Schulbetriebes führen zu folgenden Schlüssen: Die Länge der Lehreinheit (Schulstunde) soll im Alter von 6—9 Jahren 20—25 Minuten, von 9—12 Jahren 30—35 Minuten, in den höheren Lebensjahren 40—50 Minuten betragen, nach jeder Lehreinheit soll eine Pause von 10 bis 15 Minuten eintreten. Die

Zahl der täglichen Unterrichtsstunden soll mit 2 beginnen und erst im Alter der Pubertät bis 5 steigen. Die Fächer, die grosse Ermüdung verursachen (Mathematik, Rechnen) sollen an den Anfang des täglichen Stundenplanes gelegt werden, das Turnen an den Schluss. Den Entwicklungsschwankungen bis zur Pubertät ist mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Die Trennung der Schüler nach ihrer Leistungsfähigkeit ist nothwendig. Alle diese Massregeln sind nur durchführbar, wenn Schulärzte eingeführt werden, denen allerdings die Grundzüge der wissenschaftlichen Psychologie bekannt sein müssten.

Deas. P. N. The Uses and Limitations of Mechanical Restraint as a means of Treatment of the Insane. The journal of mental science Januar 96.

Vf., der einige Erfahrungen namentlich auch bei Kranken besserer Stände gesammelt hat, tritt für Anwendung des mechanischen Zwanges in beschränktem Umfang und unter beschränkten Indicationen ein.

Namentlich empfiehlt er mechanische Zwangsmassregeln in Fällen, wo es nötig erscheint, den Patienten vor sich selbst zu schützen; dahin rechnet er alle chirurgischen Erkrankungen schwer erregter Geisteskranker, ferner Patienten mit Neigung zu Selbstmord bei sehr gewaltthätigem Wesen, ferner Fälle von Selbstverstümmelung und weibliche Masturbanten.

Die angewendeten Zwangsmittel beschränken sich auf Handschuhe aus festem Stoff und Jacken mit langen Ärmeln. In einzelnen Fällen wurden dieselben ziemlich lange (einmal 6 Wochen lang) getragen, in anderen Fällen wurden sie nur für einige Tage angelegt. Mitunter wurde die Jacke auch nur für die Nacht angewendet.

Aus den angeführten (13) Krankheitsberichten geht hervor, dass meist eine Besserung der lästigen Gewohnheiten nach Anwendung des mechanischen Zwanges gesehen wurde und ferner, dass die Anwendung nur auf jedesmalige, ausdrückliche ärztliche Anordnung erfolgen durfte. Mann kann sich aber der Beobachtung nicht verschliessen, dass ein Teil der beschriebenen Fälle auch ohne mechanischen Zwang auf einer geeigneten Beobachtungsstation hätte behandelt werden können. Vf. betont noch, dass in den meisten Fällen die betreffenden Kranken selbst die Anwendung der Jacke, der Handschuhe angenehm empfanden; er giebt diesen Mitteln in dieser Weise angewendet, auch den Vorzug vor der ausgedehnten Darreichung schwerer Medicamente.

In der sich an den Vortrag anschliessenden Diskussion finden die Ausführungen des Vortragenden im Ganzen Beifall. Von Weatherley wird der Nutzen einer Zwangsjacke bei masturbirenden Franen bezweifelt; dagegen empfiehlt er sie bei Fällen von grosser motorischer

Unruhe, die zu körperlicher Erschöpfung führt. Macdonald betont allerdings, dass ein grosser Teil von Selbstverletzungen, von Kotessen u. s. w. bei richtiger Aufmerksamkeit des Personals auch ohne mechanischen Zwang vermieden werden könne.

Aus der Diskussion geht weiter hervor, dass von den Revisionskommissionen eine sehr eingehende Aufsicht über die Anstalten geübt wird, so dass namentlich für die Anwendung mechanischer Zwangsmittel sehr strenge und den Gebrauch auf das unvermeidlichste beschränkende Vorschriften versehen. *Weber*-Uchtspringe.

Cuylits. Gynäkologische Operation bei Geisteskranken. Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique. December.

Es werden die Erfahrungen zahlreicher Autoren über den Erfolg der Ovariotomie und der Exstirpation des Uterus bei Hysterie und Psychosen zusammengestellt. Danach ist die Entfernung der Gebärmutter und ihrer Adnexe als Heilmittel bei Hysterie oder Geistesstörung durchaus verwerflich Die Hysterie ist sogar eine Contraindication für operative Eingriffe der genannten Art. Nur wenn schwere Veränderungen der weiblichen Sexualorgane bestehen, sind chirurgische Eingriffe gerechtfertigt, wobei auf eine günstige Beeinflussung des neuropathischen Zustandes nicht gerechnet werden darf. Eine günstige Wirkung auf psychischem Gebiete findet nur durch Suggestion statt, man kann daher in einzelnen Fällen von Hysterie, wenn alle anderen Mittel versagen, zu einer Scheinoperation seine Zuflucht nehmen, in der Hoffnung, durch die Suggestion vielleicht etwas zu erreichen. Dagegen berechtigt die Beobachtung, dass durch Atrophie und Exstirpation der Ovarien psychische Störungen entstehen, zu der Hoffnung, dass sich vielleicht durch die Anwendung von Ovarialextract in gewissen Fällen von Hysterie und Psychosen Erfolge erzielen lassen.

Babcock, L. Operative Behandlung in Irrenanstalten. The State Hospitals Bulletin. Vol. II No. 2.

Die Arbeit bietet wenig Neues und eignet sich nicht für ein Referat. Verfasser berichtet über verschiedene im Verlauf des letzten Jahres im St. Lawrence State Hospital vorgenommene operative Eingriffe bei Geisteskranken, erwähnt die Schwierigkeiten, die aufgeregte Kranke nach der Operation oft machen, warnt davor, jemals ohne Einwilligung der Verwandten zu operiren, führt weiter an, dass zuweilen auch die Geisteskrankheit günstig durch die Operation beeinflusst wird.

Behr-Hildesheim.

Peeters. Die Familienpflege in anderen Ländern (ausser Belgien). Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique. December.

Es wird über die Familienpflege in Ilten, Herzberge, Uchtspringe und Bunzlau berichtet. In Frankreich ist seit 4 Jahren in Dun-sur-Auron (Seine-Departement) Familienpflege eingerichtet; die Zahl der untergebrachten Kranken betrug Ende 1896 bereits 380. In Russland ist zu Jekaterinoslaw (am Dnjepr) seit 1891 ein Versuch gemacht, Geisteskranke bei den Bauern der umliegenden Dörfer unterzubringen, der sehr gelungen ist. Es sind 20 Procent der Kranken aus der Irrenanstalt in Familienpflege gegeben, und zwar 129 männliche und 58 weibliche, zusammen 187 Kranke. In Massachusets (Nordamerica) ist die Familienpflege seit 1886 eingeführt. 1892 betrug die Zahl der so versorgten Kranken 175. Seitdem ist sie bis 1896 auf 129 zurückgegangen. Als Ursache dieses Rückschrittes wird angegeben, dass man ungerechtfertigter Weise nur die Reconvalescenten für geeignet zur Familienpflege finde und dass man Familien ohne kleine Kinder für die allein passenden halte. Im Ganzen kann man sagen, dass die Anwendung der Familienpflege für Geisteskranke in den letzten Jahren sehr an Ausdehnung gewonnen hat.

Schwartze. Die familiäre Behandlung Geisteskranker mit Rücksicht auf die dabei erforderliche Mitwirkung psychiatrisch vorgebildeter Hausärzte und Medicinalbeamter. Deutsche medic. Wochenschrift No. 3.

An einen günstigen Bericht über Gheel werden Betrachtungen geknüpft, wie die staatliche Beaufsichtigung der ausserhalb der Anstalten gegen Entgeld verpflegten Geisteskranken einzurichten wäre.

Peeters. Die Pflege der Geisteskranken in Belgien und ihre Vertheilung in die verschiedenen Anstalten. Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. September.

Der Director der Colonie zu Gheel beklagt sich über das geringe Interesse, das die belgischen Aerzte für die Irrenanstalten zeigen und über die unzweckmässige Vertheilung der Kranken auf die verschiedenen Anstalten. Während in den geschlossenen Irrenanstalten zahlreiche ruhige chronisch Kranke behalten werden, die viel besser die freie Behandlung der Gheeler Familienpflege geniessen würden, kommen zahlreiche Kranke nach Gheel, die nicht dorthin passen. In Berlin und in Schottland sei die Familienpflege in einer viel günstigeren Lage.

---

5. Pathologische Anatomie.

Ref.: Matusch-Sachsenberg.

Hoche, A. Über Variationen im Verlaufe der Pyramidenbahn. Neurolog. Centralbl. 21.

In einem Falle von absteigender Degeneration lediglich der einen Pyramidenbahn bei Gliosarcom in der Mitte der Centralwindungen fand sich, dass in der Kreuzung ein Teil der Fasern in den gegenüberliegenden Vorderstrang abbiegt und sich in unmittelbare Nachbarschaft des rechten Vorderhorns legt; dieser Fasergang reicht mit abnehmender Faserzahl bis in die Höhe der 1. Dorsalwurzel. Im Seitenstrange überschreitet die Degeneration bis in das Lendenmark bei weitem das Gebiet der Pyramidenseitenstrangbahn, auch die ungekreuzte Pyramidenvorderbahn zeigt abweichende Bildung.

Rosenthal, J. und Mendelssohn, M. Ueber die Leitungsbahnen der Reflexe im Rückenmark und den Ort der Reflexübertragung. Neurolog. Centralbl. Heft 21.

Frühere und neue Untersuchungen führen zu dem Ergebniss, dass „für das Zustandekommen der Reflexe bei eben ausreichenden Reizen der unversehrte Zusammenhang der sensibelen und motorischen Leitungsbahnen mit den oberen Teilen des Rückenmarkes d. h dem Abschnitt an und dicht unterhalb der Spitze des calamus scriptorius unbedingt notwendig ist.“ Als Beweis, dass für die Reflexe die Bahn durch die oberen Regionen des R.-M. geht, ist angeführt, dass sich die Reihenfolge der Zuckungen bei starken Reizen der Fusssohle ändert, alsdann geht die Bahn durch die unteren Abschnitte. Bei Erkrankungen der oberen Partien des R.-M. fallen die Reflexe ganz oder teilweise aus, weil der Ort, an dem normaler Weise die Reflexübertragung stattfindet, verletzt ist. Man muss annehmen, dass die kurzen Wege dem Uebergang in Erregung einen grösseren Widerstand entgegensetzen, der erst durch starke Reize überwunden wird.

Redlich, E. Ueber die anatomischen Folgeerscheinungen ausgedehnter Exstirpationen der motorischen Rindencentren bei der Katze. Neurolog. Centralblatt. Heft 18.

Zweck der Untersuchungen ist, festzustellen, wodurch die Differenz der Folgeerscheinungen nach Durchschneidung der Pyramiden und der med. oblong. und nach Exstirpation der motorischen Rindenpartien bei

Tieren begründet ist. Nach Beschreibung des Befundes und eingehender Berücksichtigung der Ergebnisse anderer Untersucher schliesst R., dass für das Plus der Ausfallserscheinungen nach Exstirpationen der Rindencentren hauptsächlich zwei Faserzüge in Betracht kommen, Degeneration der in den Thalam. optic. eingehenden Fasern und Degeneration der Fasern in den Brückenkernen.

Schaeffer, Karl. Ueber Nervenzellenveränderungen während der Inanition. Neurolog. Centralbl. Heft 18.

Die Nervenzellen von Kaninchen nach absolutem Hungern zeigen chromatische Auflösung, zumeist so hochgradig, dass das Protoplasma um den Zellleib herum mit feinsten Körnchen eingestreut erscheint, die hier und da zu körnigen Schollen coaguliren. Die Veränderung betraf den Zellleib in seiner Totalität nicht überall in gleichem Grade. Ferner fand sich Vacuolisation in dem Masse, dass eine Zelle bis zu 5 Vacuolen enthielt, sie scheint einem frühen Stadium der Zellenerkrankung anzugehören. Der Zellkern verliert seine normale Nichtfärbbarkeit. Bei Inanition mit Wassergenuss blieb die Veränderung im wesentlichen auf feuchte Auflösung der chromatischen Schollen beschränkt. Es zeigt sich somit, dass die Nervenzelle auf Inanition mit structureller Auflösung reagirt und diese durch Ernährungsstörung der Nervenzelle zu Stande kommt.

Ceni, Carlo. Ueber die Pathogenese der Bleilähmung. Archiv f. Psychiatrie. Band 29, Heft 2.

An einem Falle von Bleivergiftung, der in der Hitzig'schen Klinik beobachtet wurde, werden die mikroskopischen Veränderungen an Gross- und Kleinhirn, Rückenmark, Nerven und Muskeln eingehend beschrieben. Aus dem Befunde (im Centralnervensystem diffuse körnig-fettige Degeneration der Ganglienelemente und in kleinen Herden zerstreute Encephalomyelitis, in den Nerven weitverbreitete Neuritis) sucht Verf. die Frage zu beantworten, ob die peripheren Veränderungen Folgen der centralen sind. Das Missverhältnis zwischen peripherer und centraler Erkrankung, die gleichförmige Ausbreitung der letzteren gegenüber der mehr regionären Verbreitung in den peripheren Nerven, schliesslich das Vorwiegen veränderter Ganglienelemente in den Protoplasmenfortsätzen und im Zellkörper bei Intactheit des Nervenfortsatzes spricht für die Unabhängigkeit der peripheren und der centralen Läsionen. Das Kleinhirn erwies sich als völlig unverändert.

Grünbaum, Alb. Note on muscular spindles in pseudo-hypertrophic paralysis. Brain 1897.

Verf. führt an Präparaten aus, dass der primäre Sitz der Erkrankung bei Pseudohypertrophie in den Muskeln zu suchen sei, sowohl in den gewöhnlichen Muskelfasern, wie in den Muskelspindeln.

Ruffini, Angelo. (Bologna): Observations on sensory nerve-endings in voluntary muscles. Brain 1897.

Die gestreifte Muskulatur wird durch drei Arten von Nervenfasern versorgt: motorische, sensorische und vasomotorische. Die ersten enden in die Endplatten *Bouzet's* und *Kühne's*, die zweiten (beim Menschen und allen höheren Wirbelthieren) in 1) den Muskelspindeln 2) die Golgischen Sehnenorgane und 3) die Paccini'schen Körper. Die vasomotorischen bilden entweder reticuläre Plexus oder wirkliche Endplatten (*Mazzoni*) oder endigen einfach an der Wand der Capillaren mit einer finalen Erweiterung.

Bruce, Alexander. On the endogenous or intrinsic fibres in the lumbo-sacral region of the cord. Brain 1897.

An Schnitten aus einem tabischen Rückenmark wird Gestalt und Verlauf der endogenen Fasern *Marie's* beschrieben, 1) der „tract cornu-commissural (Dorsales Hinterstrangfeld) und 2) der tract septo-marginal (medianes Hinterstrangfeld). Die endogene Natur beider erweist sich aus ihrem Intactbleiben bei Tabes trotz fast völligen Untergangs der hinteren Wurzeln ober- und unterhalb ihres Niveaus. Aus welchen Zellen indessen ihre Fasern stammen, ist durchaus ungewiss, ebenso fehlt noch sichere Kenntnis, ob sie ausschliesslich absteigend degeneriren. Nach ihrer Lage scheinen sie an den tieferen Reflexen beteiligt zu sein.

Meyer, Ad. (Worcester Mass.). The morbid anatomy of a case of hereditary ataxy. Brain 1897.

Der Fall ist der sechste der von *Sanger-Brown* berichteten Fälle einer Familie und betraf eine Frau, die im 45. Jahre erkrankte und im 67. Jahre starb. Obgleich, wie an anderer Stelle beschrieben, der Fall dem klinischen Bilde der von Marie etablirten cerebellaren Form der hereditären Ataxie glich, hat die anatomische Untersuchung keine merkliche Veränderung am Kleinhirn ergeben, nur eine geringe Verminderung der Purkinje'schen Zellen. Das Rückenmark zeigte im wesentlichen Vermehrung der Neuroglia, sehr zahlreiche corpora amylacea (vielleicht Alterserscheinung) und stellenweise starke Verschmächtigung der zum Kleinhirn führenden Bahnen, namentlich der directen Kleinhirnstränge. Im Cervicalmark fand sich Degeneration der Goll'schen Stränge, sonst fanden sich die Hinterstränge intakt. Dem entsprach Fortbestehen

gesteigerten Kniephänomens bis zum Tode. Zu bemerken ist, dass die Objecte in schlechtem Zustande eingegangen wären.

Worotynski, B. (Kasan). Zur Lehre von den secundären Degenerationen im Rückenmark. Neurolog. Centralbl. Heft 23.

Verf. giebt hier nur das Resumé seiner russisch erschienenen Arbeit in 17 Schlussätzen, die sich zur auszüglichen Wiedergabe nicht eignen.

Bechterew. Ueber centrifugale, aus der Seh- und Vierhügelgegend ausgehende Rückenmarksbahnen. Neurolog. Centralbl. Heft 23.

Für die Annahme, dass der vordere Zweihügel und der Sehhügel als für complicirte reflectorische Processe dienende Gebilde aufzufassen sind. fehlte der Nachweis centrifugaler Bahnen von ihnen aus. Neuere Untersuchungen von Held und Boyce haben diese Lücke ausgefüllt. Das von Boyce beschriebene Fasersystem an der Katze deckt sich, wie B. ausführt, mit dem Faserzuge, den B. in seiner Arbeit (Neurolog. Centrlbl. 1893 H. 13.) vorausgesetzt hatte, weil die secundäre Degeneration der Pyramidenbündel in den Seitensträngen sich im Vergleich zu dem marklosen Gerippe der nach entwicklungsgeschichtlicher Methode untersuchten Pyramidenbündel merklich weniger nach vorn erstreckt, es war deshalb an der vorderen Grenze der Pyramidenbündel die Existenz noch eines anderen Systems von Fasern anzunehmen.

Foxwell, Arthur (Birmingh.). A case of acute Graves' disease, with a description of its morbid anatomy and a series of microscopical sections. Brain 1897.

Die wesentlichen Erscheinungen des Falls waren ausser den 3 Kardinalsymptomen der Basedowschen Krankheit: Vergrösserung der Thymusdrüse, Dilatation der linken Pupille, mässiges Fieber (von den Lungen aus) und häufiges Erbrechen. Es fand sich chronische Leptomeningitis über dem proc. vermiformis, am Boden des 4. Ventrikels und der mittleren Kommissur des 3. Ventrikeln, auch Erweichung der Oberfläche beider Thalami, Hyperämie der Hirnoberfläche, der inneren Kapsel, des Kleinhirns und der Medulla, in letzterer auch kleine Hämorrhagien, ferner sclerotische Veränderungen im Tegmen, den Pyramiden, fun. gracilis und in den Kernen des quintus.

Rosenthal, A. Zur pathologischen Anatomie der Geisteskrankheiten. Arch. f. Psych. etc. russisch BXXVIII. H. 2. 1896.

Verfasser beginnt seine Abhandlung mit der Beschreibung 3 Fälle von Heerderkrankung des Gehirns. Im Verlaufe der Krankheit stellte sich sensorielle Aphasie ein und bildete das beständige und hervorragendste Krankheitssymptom. Die Autopsie zeigte unter anderem eine Erkrankung der linken Schläfenwindungen: im 1. u. 3. Falle betraf die Erkrankung nur die 1., im zweiten Falle aber die 1. und 2. Windung. Auf Grund des 2. Falles, eine allgemein fortschreitende Paralyse mit amnestischer Aphasie als Hauptsymptom, wie dies auch die Sektion bestätigte, und gestützt auf frühere von ihm beobachtete und publizirte Fälle, kommt R. zu dem Schlusse, dass trotz der Selbständigkeit und scheinbaren Einheit des klinischen Bildes der progressiven Paralyse, die anatomische Grundlage dieser Krankheitsform dennoch keine immer gleiche sei, da der diffuse Krankheitsprozess im Gehirn sich häufig mit Heerderkrankungen verbindet, welche unter ihren Symptomen sehr oft Aphasie im Gefolge haben.

Die weiteren drei Fälle, welche auch zur Autopsie kamen, zeigen, dass die bei Paralysis progressiva beobachteten Heerderkrankungen des Gehirns häufig ohne Funktionsstörungen während des Lebens verlaufen können, was meistens von der Lokalisation der Krankheit abhängt.

Weiter bringt R. fünf Fälle mit Sektion, der sogenannten Amentia Meynerti. In den beiden ersten Fällen der Amentia (bei jugendlichen Subjekten) überwog eine deutliche Hyperaemie der Gehirnhäute und der Rindensubstanz des Gehirns, im 3. Falle bei einem älteren Individuum bestand Encephalomeningitis. Diese Encephalomeningitis unterschied sich von der bei Paralysis progressiva beobachteten dadurch, dass die bei Paralysis progressiva stattfindende Atrophie nicht nachweisbar war.

In den folgenden zwei Fällen, deren klinisches Bild auch der Amentia angehörte, fand sich eine eiterige Entzündung der Hirnhäute an der Basis des Gehirns.

Auf diese Weise ist es ersichtbar, dass die acute Verrücktheit (Amentia Meynerti) sich durch so charakteristische anatomische Veränderungen auszeichnet, dass dieselben ihrer Intensität nach, denen der progressiven Paralyse durchaus nicht nachstehen.

Zum Schluss der Abhandlung bringt der Verfasser noch einen Fall von Dementia, welcher dadurch von Interesse ist, dass Patient plötzlich starb und zwar in Folge von Herzruptur, verursacht durch fettige Degeneration der Herzmuskeln. *A. v. Rothe.*

Gerlach, F. Untersuchungen über Ganglienzellveränderungen der in der Medulla oblongata Paralytischer gelegenen Nervenkerne. — Aus der Herzogl. Heil- und Pflegean-

stalt zu Königslutter. — Beiträge zur wissenschaftlichen Medizin. Festschrift z. LXIX. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Braunschweig 1897. Verlag v. Harald Bruhn. Braunschweig.

Verf. teilt die Befunde seiner, nach der II. Nissl'schen Methode vorgenommenen, Untersuchung der Medulla oblongata von 6 Fällen allgemeiner Paralyse mit, welche ausnahmslos eine ausgesprochene Veränderung der Ganglienzellen der Nervenkerne zeigten. Charakteristisch erschien einmal das Vorkommen einfacher Atrophie — wie Verf. einen Prozess bezeichnet, welcher beginnend mit einer Veränderung der färbbaren Substanz zu Kernschwund und völliger Resorption der Zelle führt, ferner die Intensität der Pigmentdegeneration und der Verfettung, welche besonders in den Fällen von Lues sich fand, während die Atrophie in den Fällen von Alkoholmissbrauch vorhanden war. Schliesslich erschien die gleichmässige Lokalisation der Zellveränderungen, besonders in den Kernen der Nn. XII, VII, V motor. auffallend, während die Kerne der Nn. VI, IV, III höchstens geringfügige, die sensiblen Kerne fast regelmässig keine Veränderungen zeigten. Derartige Untersuchungen können nach den Versuchen des Verf. nur an Material vorgenommen werden, welches möglichst kurze Zeit nach dem Tode zur Härtung gelangt, denn Material, welches 12 Stunden post mortem eingelegt war, zeigte bereits ein abnormes Verhalten der färbbaren Substanz, wie es Verf. auch in Fällen längerer Agone konstatirte. *Scheven.*

Cox. Die Granula und Fibrillen der Spinalganglienzellen nach Durchschneidung der peripheren Nerven. Psychiatrische und neurologische Bladen. I. 1898.

Nissl's Untersuchungen sind bahnbrechend gewesen, aber auch Alkohol ist kein souveraines Fixirmittel. Verf. hat in dem Spinalganglien 2 Sorten von Zellen gefunden, die sich durch Form und Lage der granula, durch den Lauf der Fibrillen und die Lage des Kerns unterscheiden. Nach Durchschneidung des Plexus brachialis findet man in den Ganglien 2 Typen von Zellen. Der Typus I zeichnet sich aus dadurch, dass die granula ihre sonstige Form verlieren, auseinanderfallen und zum Schlusse verschwinden. Die Zellen sehen bestaubt aus und der Kern geht nach der Peripherie; der Kranz von granula an der Peripherie bleibt in der Regel fortbestehen. Diese Veränderungen sind bereits nach 24 Stunden nachzuweisen und entsprechen den Beobachtungen von Nissl. Bei dem Typus II findet man die granula dicht zu einem Klumpen um den Kern zusammengedrängt. Die Zellen sehen nicht bestaubt aus. Diese Zellen findet man erst nach 4 Tagen, am besten sieht man sie aber nach 9

Tagen; auch noch nach 6 Monaten sind einzelne derartige Zellen nachzuweisen. In beiden Zellenarten findet man zahlreiche Fasern. Die Veränderungen der Zellen der ersten Art sind dieselben wie bei allen Ganglienzellen, deren Ausläufer durchgeschnitten ist. Die Veränderungen der Zellen der zweiten Art sind wahrscheinlich secundäre. Die granula sind Nährelemente der Ganglienzellen, werden nach dem Kern gezogen und dort verzehrt. *Serger.*

Ielgersma, G. Die Fixation des centralen Nervensystems in Formol. Psychiatrische und neurologische Bladen I. 1898.

Die Einführung der Formolfixation des centralen Nervensystems in die mikroskopische Technik ist als ein grosser Fortschritt anzusehen. Formol hat vor allem die vorzügliche Eigenschaft, dass bei seiner Anwendung jede Art der Färbung möglich ist. Es dringt sehr schnell in das Gewebe ein, schneller als Alkohol und viel schneller als Chromsäurelösungen. Wichtig ist ferner, dass Formol die Markscheide fixirt; sie wird in einen Zustand gebracht, dass Alkohol und Aether die fettigen Bestandteile derselben nicht mehr aufzulösen vermögen. Wegen seines grössern Durchdringungsvermögens hat es in dieser Beziehung einen grossen Vorzug vor Osmiumsäure. Aber nicht nur die Markscheide kann mit Formol fixirt werden, sondern auch die Ganglienzelle und die neuroglia. Sehr wichtig ist, dass Präparate sehr lange ohne Schaden zu leiden in Formollösung aufbewahrt werden können. — Verf. hat solche bis zu 9 Monaten in der Flüssigkeit liegen lassen und sehr befriedigende Bilder gesehen. *Serger.*

Ielgersma, G. Der Ursprung der motorischen Augennerven bei den Vögeln. Psychiatrische und neurologische Bladen I.

Verf. hat Stirnschnitte von Gehirnen von jungen Tauben und Krähen untersucht und berichtet über seine Resultate. Die Kerne der motorischen Augennerven bilden 2 Gruppen von Ganglienzellen, welche dicht bei der Medianlinie der med. oblong. gelegen sind. — Der Kern des nervus abducens besteht aus gewöhnlichen grossen multipolaren Ganglienzellen und lässt nur Fasern für dieselbe Seite abgehen. Er wird von der centralen grauen Substanz der Ventrikel durch sich kreuzende dicke markhaltige Nervenfasern geschieden, welche mit dem acusticus in Verbindung stehen. — Der trochlearis entspringt im Gegensatze zu dem vorigen vollständig gekreuzt. Der Kern liegt dorsal von dem fasciculus longitudinalis posterior, welcher an dieser Stelle eine Ausbuchtung zeigt, dicht bei der raphe, geschieden von dem Ventrikel durch ein schmales Band grauer Substanz. Nach Exstirpation der retina und Ausrottung des trochlearis atrophiren allein der Kern der gegen-

überliegenden Seite. — Der Kern des oculomotorius schliesst sich unmittelbar an den des trochlearis an, nur liegen seine Ganglienzellen mehr medianwärts vom fasciculus longitudinalis posterior. Man kann deutlich bei ihnen 3 Gruppen unterscheiden. 1. den dorsolateralen Kern. 2. den dorsomedialen Kern. 3. den ventro-medialen Kern. Der letztere ist der grösste. Aus dem ersten Kern entspringen nur Fasern für dieselbe Seite. Aus dem zweiten Kern entspringen ebenfalls nur ungekreuzte Fasern, welche den medialen Teil des Nerven bilden. Aus dem dritten Kern entspringen Fasern, welche sich in der Raphe mit denen der andern Seite kreuzen. Ein vierter Kern, der nucleus anterior, aus kleinen Ganglienzellen bestehend und am vordern Ende des fasticulus longitudinalis posterior gelegen, giebt ebenfalls noch ungekreuzte Fasern ab. — Ob mit dem verschiedenen Ursprung eine verschiedene physiologische Bedeutung verbunden ist, ist nicht zu beweisen. — Eine Tafel mit 7 Zeichnungen ist dem Texte beigegeben. *Serger.*

Ielgersma. Die Anpassung der Lehre von den Neuronen auf die Anatomie der Sinnesorgane. Psychiatrische und Neurologische Bladen. 2.

Verf. bespricht das Gemeingefühl, das Gehör und Gesichtsorgan, und macht einige Bemerkungen über das Riechorgan. Ausführlich wird über die Entwickelungsgeschichte der Sinnesorgane berichtet. Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen.

1. Der anatomische Bau aller sensibeln und sensoriellen Organe — von ihrem peripheren Ursprung bis zum Centrum der Gehirnwände — ist im Prinzip derselbe und speziell macht das Auge hiervon keine Ausnahme.

2. Die Unterschiede, welche zwischen den verschiedenen Sinnesorganen bestehen, sind secundärer Art. Alle Sinnesorgane sind nach einem festen Plane gebaut. Man kann vier Gruppen unterscheiden, deren Übergänge fliessende sind.

1. Das Riechorgan. Hier liegt allein das Neuroepithel an der Oberfläche, während die Endfasern desselben sich bereits im centralen Nervensystem befinden.

2. Das Gemeingefühl in seinen verschiedenen Qualitäten, das Muskelgefühl und der Geschmack. Hier liegt die Neuropithelialzone an der Peripherie, vollständig ausserhalb des centralen Nervensystems und die Ausbreitungen des ersten neurons sind mit an die Peripherie gekommen.

3. Das Gehörorgan unterscheidet sich wenig von den vorhergehenden. Das erste neuron ist aber viel mehr an die Peripherie gekommen und bildet dadurch den Übergang zum

4. Gesichtsorgan, bei dem die Neuropithelialzone das ganze erste

neuron und ausserdem beinahe das ganze zweite neuron an die Peripherie gekommen sind.

Eine Tafel mit schematischen Zeichnungen, sowie eine Erklärung derselben sind der lesenswerten Arbeit beigefügt. *Serger.*

Giuffrida, Ruggieri (Reggio-Emilia). Asimmetria nella norma facciale (Cavità orbitarie). Riv. di fren. XXIII. 3.

Aus des Verfassers Messungen an dem Schädel-Material in Reggio, wonach die Asymmetrie der Augenhöhlen, bei Männern (431 Sch.) in 36%, bei Weibern (477 Sch.) in 32% vorkommt, ergiebt sich, dass der Vertikaldurchmesser, d. i. die Höhe der linken Orbita, den der rechten um 1—4 mm mit seltenen Ausnahmen übertrifft. Dieses Ergebniss wiederspreche der Ansicht Hesse's (Über Gesichts-Asymmetrie in Arch. f. Anat. u. Entwicklungsgeschichte 1887 S. 118), dass infolge der stärkeren Entwicklung der linken Hirnhälfte die linke Schädelhälfte stärker sei, die Nase schief, Augen und Ohren nicht in gleicher Höhe stehen, während die unterhalb der Nase befindlichen Gesichtspartieen durchaus symmetrisch seien." Der gekreuzte Einfluss des Gehirns müsse das Gegenteil bewirken. — Bei den Epileptischen ist die Asymmetrie der oberen Gesichtshälfte — nach Lasègue sogar ein sicheres diagnostisches Zeichen; noch häufiger fand Verf. die Ungleichheit der Augenhöhlen an Verbrecherschädeln, und zwar übertrifft auch hier die Höhe der linken die der rechten, während der Querdurchmesser nur ausnahmsweise asymmetrisch ist. — Die Asymmetrie der Augenhöhlen ist aber nicht ein Degenerationszeichen, sondern spricht nur für eine Entwicklungsstörung. — Ref. bemerkt dazu, dass die Asymmetrie an sich nicht als Entartungszeichen gelten kann, da Asymmetrie charakteristisch für die ganze organische Welt ist, und den Normalzustand bedeutet (vgl. Fraenkel, Etwas über Asymmetrie und Stirnnaht in Neur. Ctrbl. 1888, 15). *Fraenkel.*

Bianchi, *Stanislao* und *Marimò* — Su alcune anomalie craniche negli Alienati. Riv. di fren. XVIII. f. 1. S. 103.

Im Anschluss an eine frühere Arbeit über accessorische Schädelknochen bei 1019 Schädeln der Irrenanstalt Reggio-Emilia (im Ateneo med. Parmense 1890) besprechen die Verf. folgende 8 von den Anthropologen in der Regel für Degenerationszeichen erachtete Abweichungen am Schädel und ihr Vorkommen bei den verschiedenen Formen von Geisteskrankheiten.

1. Die persistirende Stirnnaht (Sutura metopica), die Folge von hypertrophischer Entwicklung des Gehirns oder aber von Hydroce-

phalus, findet sich an Schädeln niederer Rassen seltener (Calori, Welcker, Broca, Quatrefages) — ist aber nicht als Superiorität zu deuten, da sie bei Idiotie und Schwachsinn, überhaupt bei angeborener Geisteskrankheit 2- ja 3mal häufiger vorkommt (25% msc. — 16,6 fem. gegenüber 8,5% — 8.5%). Für den atavistischen Ausgangspunkt soll es sprechen, dass sich unter 95 Metopischen 64 mit anderen regressiven Anomalieen befanden. (Anm. des Ref.: Der vage Begriff des Atavismus, den Lombroso sogar, bei seiner übrigens treffenden Verurteilung des Duells, auf dieses letztere ausdehnt, wird allmählich auch italienischen Forschern verdächtig).

Lombroso zählt unter 1320 Schädeln 5,9% — Belsanti in Siena 10% — bei Geisteskranken 9% — Peli (Emil) 6,5 — Sommer 5%, Fischer 1,8%.

2. Der Stirnfortsatz des Schläfenbeines (mit Ausschluss von Worms'schen Knochen) — ist bei niederen Rassen sehr häufig (Stieda), ebenso bei Affen; bei den Geisteskranken nach Verf. nur selten und zwar in 0,98%, während Sommer 2,4% annehme. Calori fand ihn bei Frauen häufiger, als bei Männern. Die Verf. sahen ihn in 4 Fällen auf beiden Seiten gleichzeitig, darunter in 3 Fällen bei Frauen.

3. Die mittlere Hinterhauptsgrube in ausgeprägterer Form fanden die Verf. nur in 4,61%, wie es Lombroso für Normale angiebt, während letzterer und Morselli bei Geisteskranken 14%, Mingazzini 22% annehmen. Auch hier wird das häufigere Vorkommen bei angeborener Krankheit bestätigt, gegenüber der erworbenen. Öfter wurde gleichzeitig Atlassynostose beobachtet.

Die Anomalie ist nicht durch Hypertrophie des Kleinhirnwurmes bedingt, in 1 Falle wurde sogar Atrophie desselben gefunden, hat auch nichts mit dem Fehlen oder mit übermässiger Entwicklung des Nodulus Kerkringii zu thun und steht in keiner Beziehung zur Stirnnaht.

4. Die Crista frontalis, die an normalen Schädeln die Höhe von 5 mm erreicht, gilt den Verf. als Anomalie, wenn sie darüber hinaus bis 12—13 mm hoch ist. Anomal fanden die Verf. sie an 19,92% und zwar häufiger an männlichen Schädeln und bei angeborenem Leiden. Die mittlere Hinterhauptsgrube ist häufig Begleiterin der anomalen Crista, konstant nach Tenchini an Verbrecherschädeln.

5. Das Foramen (Civinini) pterygo-spinosum, — ein in der äusseren Lamelle des Proc. pterygoid. mehr oder weniger grosses Loch — findet sich nach Civinini's (1836) Angabe in 2—3% normaler Schädel, in nicht viel grösserer Zahl bei Irren, und wiederum weniger in Fällen erworbener Krankheit und bei Frauen.

6. Drei Condyli occipitales. Ein dritter Gelenkhöcker kam den Verf. bei den Irrenschädeln von Reggio nicht öfter als bei den Schädeln Normaler (nach Leggi in 0,25%) vor und beruht auf Verknöcherung des Ligam. occipito-atlantoid. während Morselli bei seinen Schädeln aus den

Marken und Ligurien ihn 4mal so häufig beobachtet hat und darin eine atavistische Rückbildung, entsprechend dem Zustande bei Reptilien und Vögeln sehen will.

7. Ein doppeltes Jochbein fanden die Verf. nur in 3 Fällen (0,29%) — bei 2 manischen Männern und 1 manischen Frau — bei dem einen Manne auf beiden Jochbeinen, bei dem andern nur rechts, bei der Frau links — bei allen verlief der Spalt transversal, mit Vergrösserung aller Durchmesser. Diese von Davis und Barckow als niederes Rassenmerkmal angesehene Zweiteilung beruht darauf, dass in dem oberen minderwesentlichen Abschnitt — dem Proc. spheno-frontalis, der erst bei den Primaten vollständig ausgebildet ist, ein eigener Verknöcherungspunkt auftritt. Von Hilgendorff wird sie als Os japonicum bezeichnet, ist indess bei den Japanern, nach Gruber, nicht häufiger als bei Europäern. Noch seltener ist eine vertikale Trennung des Jochbeins.

8. Die Apophysis lemurica — (Albrecht, Tenchini und Zoga) den affenähnlich stark ausgeschweiften und verdickten Unterkieferwinkel — haben die Verf. in doppelter Anzahl (6,45%) bei erworbener Geisteskrankheit und bei Männern wahrgenommen, so dass das mehr für ein Geschlechtsmerkmal und nicht für ein atavistisches anzusehen ist.

Fraenkel.

Cristiani, Andr. (Vice-Dirett. d. Irrenanstalt Lucca) L'appendice vermiforme del Cieco negli Alienati e nei Sani di mente (Manicomio XII. 2—3).

Unter dem Gesichtspunkt, dass der Wurmfortsatz des Blinddarms beim Menschen ein verkümmertes und physiologisch unnützes Organ von atavistischer Bedeutung bei denjenigen Personen sei, wo es stark entwickelt und wegsam geblieben ist, hat Verf. 100 Gesunde und 124 Geistesgestörte untersucht. Danach betrug die Länge des Wurmfortsatzes

	bei Irren	im Mittel	10,6 cm. —	im Max.	18	im Min.	5 cm
	„ Normal.	„ „	6,7 „	„ „	14,1 „	„	7 „
der Umfang	bei Irren	„ „	1,48 „	„ „	6,1 „	„	0,5 „
	„ Normal.	„ „	1,09 „	„ „	3 „	„	0,5 „

Wegsam war der Wurmfortsatz bei Irren in 82,1%, bei Normalen in 62%, je entwickelter um so wegsamer. — Statur und Geschlecht haben einen kaum bestimmbaren Einfluss auf die genannten Verhältnisse. — Dagegen machten sich wesentliche Unterschiede bei den verschiedenen Formen der Geisteskrankheiten bemerklich, und zwar zeigten Länge und Umfang sich (um 2,20 cm resp. 40 mm stärker entwickelt bei den degenerativen Formen Epilepsie, Imbezillität und Moral insanity, als bei den Psychoneurosen, Melancholie und Manie. Da der ein- oder mehr-

fache, lange, weite und wegsame Wurmfortsatz nur bei Pflanzenfressern, bei Dickhäutern, Einhufern, Beutelthieren u. a. m. vorkommt, bei Menschen mithin einen Rückfall bedeutet, so sieht Verf. in dem überwiegenden Vorkommen bei Epileptischen u. s. w. ein neues wichtiges Degenerationszeichen und eine Bestätigung der von Lombroso behaupteten Identität von Epilepsie, moralischem Irrsein und angeborenem Verbrecherthum.

Fraenkel.

N.-B. Dem Referenten drängt sich hierbei die Frage auf, ob die q-Abnormität des Wurmfortsatzes ein häufigeres oder selteneres Vorkommen der Appendicitis, namentlich bei den sogenannten degenerativen Formen von Geistesstörung zur Folge habe, eine Frage, die allerdings mehr in Blödenasylen, als in Irrenanstalten entschieden werden kann. *Fr.*

Angiolella, Gli studi istologici e batteriologici in patologia mentale (Manicomio XII No. 2—3).

In einer 34 Seiten starken Arbeit, unter Benutzung von 45 den Gegenstand betreffenden Schriften, kommt der Verf. zu dem traurigen Schlusse seiner kritischen Übersicht, dass die Ergebnisse der histologischen Untersuchungen in Beziehung auf die Geisteskrankheiten bisher sehr dürftig gewesen sind. — Gleichwol hofft er von den neuen und besseren Methoden in der Untersuchung der Organe und Zellen, die schon auf dem Felde der Neuropathologie und Vergiftungen Wesentliches geleistet haben, auch einen Fortschritt für die Ätiologie der erworbenen Psychosen. Ein ergiebigeres Feld bietet die Erforschung der angeborenen Abweichungen in der Entwickelung der Zellenelemente, auf denen die anatomische Grundlage der Degenerationen beruht, die ihrerseits eine Schwächuug des Gehirns und damit die Psychose bedingen.

Von den bakteriologischen Forschungen mögen die interkurrirenden Krankheiten der Irren und besondere klinische Formen Gewinn ziehen.

Verf. weiss nur von 2 Formen, die eine derartige Untersuchung gefunden haben. Bei dem Delirium acutum fand zuerst Briand eine enorme Menge Bakterien im Blut und Urin, Rezzonico in den Hirngefässen Verstopfung durch Bazillen und Mikrokokken, Rasori, Bianchi im Liquidum des Subarachnoidalraumes.

Beim Othämatom der Dementen fand Pelizzi einen bei Erysipelas ähnlichen Streptococcus — kettenartig zu 8—10 in den Höhlungen des Ohrknorpels verstreut; — Piccinino in der Hirnrinde der Paralytiker zahlreiche Bazillen verschiedener Form — bald Komma-, bald V-förmig, ähnlich denen Lustgarten's bei Syphilis.

Vor allem aber sei wünschenswert, so schliesst Angiolella, dass

ein wohlorganisiertes Studium biologischer Chemie, insbesondere des Nervensystems, begonnen werde, „ich sage begonnen, weil es bis jetzt noch nicht vorhanden ist“. *Fraenkel*,

Obici, G. e Bollici, P. Applicazione dei raggi X alle diagnosi di sede dei corpi estranei della testa e dei tumori intracranici. (Riv. di Patol. nervosa e mentale Vol. II. 10. p. 434).

Der Umstand, dass die Körper eine verschiedene Durchlässigkeit für die X-Strahlen haben, hat die Verf. zu den vorliegenden Versuchen zur Diagnose von Fremdkörpern in der Schädelhöhle bezw. im Gehirn veranlasst. Die Anwesenheit des Fremdkörpers wird erkannt durch den mehr oder minder starken Schatten, den derselbe auf die ihn umschliessende Kapsel wirft, indem man das bei der Durchleuchtung entstehende Bild mit einem normalen Bilde vergleicht. Da wo die Hindernisse am stärksten sind, trifft man auf die tiefsten Schatten, da wo die X-Strahlen am leichtesten durchgehen, auf die schwächeren Schatten.

Die Verf. haben ihre Beobachtungen an 4 Kranken angestellt, von denen 3 nach Selbstmordversuchen eine Kugel im Cranium hatten. 2 derselben allerdings nur in der Umgebung, wo die Kugel unter den Gesichtsknochen verborgen sass, während diese bei dem 3. das Gehirn passirt hatte.

Bei dem 4. wurden mittelst der Durchleuchtung (radiografia) der Sitz eines faustgrossen, sehr harten Sarkomes des rechten Schläfenlappens erkannt und durch die Sektion bestätigt. Der Tumor, von der Dura in der mittleren Schädelgrube ausgehend, erstreckte sich bis zur vorderen Grube, wo er den Stirnlappen komprimirte und durch das foram. optic. ein wenig in die Orbita hineinreichte. — Um sich weiter über ihre Methode zu vergewissern, experimentirten die Verf. an dem durchsägten Schädel eines frischen Kadavers, in dessen Gehirn, an verschiedenen Seiten sie Tumoren verschiedener Grösse und Art einpflanzten, und sonstige pathologischen Produkten ähnliche Zustände, als Abcesse, Blutergüsse, Hydrops u. s. w. bewirkten, die sie von allen Seiten mit X-Strahlen beleuchteten und mit normalen Schädeln verglichen. Zur Orientirung dienten eingestochene Nadeln, deren Abbild auf den dem Artikel beigefügten Photographieen sich wiederfindet.

Es leuchtet ein, dass, wenn die eingeschlagene Methode, deren Fortführung die Verf. versprechen, sich bewährt, für die Diagnose der Hirnkrankheiten und namentlich für die Hirnchirurgie, ein nicht zu unterschätzendes Hilfsmittel gefunden ist. *Fraenkel.*

6. Specielle Pathologie und Therapie.

Ref: Pelman-Bonn.

Weir Mitchell, Analyse von 3000 Fällen von Melancholie. The journ. of nerv. and ment. dis. December.

Verf. benutzte hauptsächlich das Material von Chapin im Pennsylvania Hospital for the Insane. Unter 680 Aufnahmen von Melancholie betraf die grösste Zahl den Monat Juni (69), dann folgten Januar, Februar und August. Die kleinste Zahl zeigt April und December. Was den Beginn der Erkrankung anbetrifft, so begann dieselbe unter 3037 Fällen bei den Männern hauptsächlich im Dezember (122) und März (121). gegen nur 79 Erkrankungen im Januar. Die Frauen erkrankten am meisten im April (168) und Juni (166), am wenigsten im September (115). — Auffallend ist, dass unter 422 Aufnahmen die Krankheit in 171 Fällen bereits über 1 Jahr bestand, in 95 Fällen über 2 Jahre, in 45 Fällen über 3 Jahre, und zwar in fast gleichem Verhältnis bei Männern und bei Frauen! Nach dem Lebensalter fanden die meisten Erkrankungen statt zwischen 20—30 und 30—40. Lebensjahre (26—27 %), dann zwischen 40 und 50 (20—21 %); zwischen 50 und 60 noch 15 %. Vor dem 20. Lebensjahre 5 % (3,7—6,2). Im Allgemeinen sind die Zahlen bei Männern und Frauen ziemlich gleich, nur unter dem 20. Lebensjahre überragen die Frauen (6,2 %). Die Altersgrenze scheint keinen besonderen Einfluss auf die Aetiologie der Melancholie auszuüben. — Was die Recidive anbetrifft, so hatten bei 672 Fällen 168 Männer und 277 Frauen je 1 frühere Erkrankung, — 38, resp. 99 je 2 frühere Krankheiten — 18, resp. 28 je 3 Vorfälle, — 11 resp. 15 je 4 frühere Erkrankungen. — In 1 Fall waren 13 frühere Melancholien nachweisbar! Das weibliche Geschlecht neigt demnach wesentlich mehr zu Recidiven als das männliche! —

Gasquet und Cones. Ueber das Alter bei der Behandlung der Melancholie. The journ. of ment. se. Juli.

Es wurden 43 Fälle behandelt, 21 Männer und 22 Frauen. Verf. finden, dass Opium am besten wirkt bei Leuten von 50 und mehr Jahren; zwischen 30 und 50 Jahren ist die Wirkung unsicher. Man kann rasch mit dem Opium steigen. Unter dem 50. Lebensjahre hilft Sulfonal besser, bis zu 3 gr. abends. Die Dosis muss allmählich steigen, bleibt einige Zeit auf der Höhe, um dann allmählich zu fallen. Man kann das Sulfonal auch mal aussetzen. Ueble Wirkungen wurden nicht beobachtet.

Hoche, A. Ueber die leichteren Formen des periodischen Irreseins. Verlag von Carl Marhold. Halle 1897.

Die periodischen Geistesstörungen, welche häufiger sind als man im Allgemeinen glaubt, entstehen fast nur auf dem Boden hereditärer Belastung. Im Kindesalter treten sie selten schon hervor, deutlich zeigen sie sich in der Regel erst von der Pubertätszeit ab. Man unterscheidet 3 Formen:

1) Die meist vor dem 25. Lebensjahr beginnende „periodische Manie" ist keine sehr häufige Erkrankung. Die Intensität der Anfälle schwankt zwischen ganz leichter maniakalischer Erregung von kurzer Dauer und schwerer Tobsucht, die direct zum Tode führt oder in Blödsinn übergeht.

2) Die „periodische Melancholie" beginnt erst auf der Höhe des Lebens, bei Frauen sehr häufig im Climacterium. Von den verschiedenen Arten tritt fast nur die „Melancholia simplex" auf, höchst selten die active, segen. „Angstmelancholie". Selbstmordgefahr ist trotzdem in jedem Falle vorhanden. Die Dauer des Anfalles ist kurz, die freie Zwischenzeit in der Regel lang (mehrere Jahre).

3) Die häufigste und wichtigste Form ist das sogen. „circuläre Irresein". Eine grosse Anzahl dieser Fälle, bei denen fast das ganze Leben hindurch ein ziemlich regelmässiger Wechsel zwischen Depression und Exaltation besteht, wird gar nicht als krankhaft erkannt. Lediglich quantitativ hiervon verschieden sind die schwereren Fälle mit ausgesprochenen melancholischen und maniakalischen Phasen. Dieselben führen zu fortschreitender Abnahme der geistigen Thätigkeiten und zeigen nach längerem Bestehen ein immer verwascheneres Krankheitsbild. Sie beginnen in der Regel um die Pubertätszeit mit einer melancholischen Phase.

Intervallsymptome fehlen bei sehr vielen periodischen Melancholieen und Manieen ganz, beim circulären Irresein dagegen, als der schwersten Form, ist das Intervall, wenn überhaupt vorhanden, von vorne herein nicht frei.

Die Prognose dieser Erkrankungen ist eine ungünstige, doch ist die Gefahr der Entwickelung geistiger Schwächezustände im Ganzen nicht gross.

Die Therapie muss besonders eine prophylactische sein: Verhütung von Eheschliessungen neuropathischer Personen, vernünftige körperliche und geistige Diätetik von Jugend an. Auch nach Ausbruch der Krankheit ist die Regelung der Lebensweise sehr wichtig; über die Nothwendigkeit der Anstaltspflege kann nur in jedem einzelnen Falle entschieden werden. *Schlüter.*

Knauer, Oswald. Über puerperale Psychosen. Für praktische Ärzte. Mit e. Vorwort v. Prof. Dr. A. Martin. Berlin 1897. Verlag v. S. Karger.

Verf. teilt die kurzen Krankengeschichten von 82 Fällen puerperaler Psychosen mit, welche in der Kahlbaum'schen Anstalt zur Beobachtung kamen. Von diesen gehören — nach der Ohlhausen'schen Einteilung der puerperalen Geistesstörungen — 9 Fälle zu den Infectionspsychosen, 71 zu den idiopathischen Psychosen und 2 zu den Intoxicationspsychosen nach Eklampsie. *Scheven.*

Windscheid, Die Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes. Sammlung zwangloser Abhandlungen a. d. Gebiete der Nerven- u. Geisteskrankheiten. Herausgegeb. v. K. Alt. Halle a. S. Verlag v. K. Marhold. 1897.

Verf. giebt eine Anleitung zu den zu einer richtigen Beurteilung des Kopfschmerzes nötigen Untersuchungen und bespricht die einzelnen Krankheiten, bei welchen derselbe als Symptom eine Bedeutung hat. Nur eine genaue Untersuchung führt zu einer richtigen Diagnose, auf welcher allein eine rationelle Therapie des Kopfschmerzes beruht. Dem zu Grunde liegenden Leiden — und deren kommen eine ganze Reihe in Betracht — wird die Behandlung entsprechen und in jedem Falle eine individualisirende sein müssen. *Scheven.*

Vallon et Marie, Des Psychoses religienses à évolution progressiv et à systématisation dite primitive. Archives de Neurologie, März.

Die Verfasser heben hervor, dass der Verfolgungswahn allerdings in Blödsinn übergehen kann, dass dies aber erst nach Jahren geschieht. Es folgt dann eine Abhandlung über die Psychosen bei Degenerirten; es werden dabei die circuläre Form des Irreseius, die Zwangsvorstellungen und die moral insanity bes. erwähnt und die Besprechung wird durch einzelne Beispiele erläutert. Hingewiesen wird auf die nahe Verwandtschaft, die zwischen religiösen Wahnideen und sexueller Erregung besteht.

Wegen der Mannigfaltigkeit des Inhalts ist der Aufsatz zu einem kurzen Referat wenig geeignet und muss daher auf das Original verwiesen werden.

Simpson, Christian. Über postoperative Geistesstörung. Ein Fall drei Wochen nach Laparatomie. The journal of ment. science. January.

Im Anschluss an einen Fall von Manie, der $3^1/_2$ Wochen nach einer Explorativ-Laparatomie auftrat, — beschäftigt sich S. hier mit den postoperativen Geistesstörungen. Ausgeschlossen ist natürlich alle Sepsis, Urämie, auch die Operationen am Schädel. Die Angaben in der Literatur

schwanken sehr. Während *Devis* 2,5% hat, giebt *Homans* 2: 1000 S. selbst hat bei 5500 Operationen noch weniger als 2: 1000 herausgerechnet. Meistens handelt es sich um Manie und Melancholie. Meistens sind es Leute über 40 Jahre, weniger darüber. Mehr Frauen als Männer. Das liegt an den gynäcologischen Operationen. Letztere haben auffallend viel Psychosen im Gefolge, mehr noch als Augenoperationen. Die Heredität spielt eine weniger grosse Rolle dabei, mehr Charaktereigentümlichkeiten und Alkoholismus. Carbol erzeugt wohl keine Psychosen, wohl aber Jodoform. Die Psychosen beginnen meist 2–5 Tage post operat., selten direkt nach der Operation, oft aber auch noch später. Je früher nach der Operation, desto stürmischer die Manie, — später mehr Melancholie. Die Prognose ist in der Mehrzahl der Fälle günstig. —

Kisch, Heinrich. Über eine bei Offizieren beobachtete Form nervöser Herzbeschwerden. Berl. klin. Woch. No. 5.

Es handelt sich um höhere Offiziere, die in den mittleren Lebensjahren stehen, und sich in einer sehr verantwortungsvollen Stelle befinden. Sie sind bisher gesund, oft geradezu robust, haben nicht gerade viel physische Arbeit geleistet, — erkranken dann plötzlich nach ausserordentlicher psychischer Anstrengung und intensiver längere Zeit dauernder Aufregung, wie es etwa das Manöver mit sich bringt. Die Offiziere erkranken plötzlich, ohne nachweisbare Ursache, unter intensiven Anfällen von Herzklopfen, die sich dann in gewissen Zeitabschnitten wiederholen. Dabei besteht Druck in der Herzgegend, Angstgefühl, Empfindung des Vergehens, Kopfschmerz, Schwäche der gesammten Körpermuskulatur, Unsicherheit beim Gehen, Schwindel, sogar Ohnmacht. — Der Puls ist dabei schwach, klein, leicht komprimirbar, beschleunigt, 80—100 Schläge, während der Anfälle bis zu 140. Das Sphygmogramm zeigt öfter Intermittenz, der Blutdruck ist herabgesetzt. — Das Herz zeigt im Übrigen nichts Abnormes; sonstige vasomotorische Störungen fehlen. —

Die Hauptsymptome sind also: die in unbestimmten Anfällen auftretende beschleunigte Herzaktion und die gleichzeitige Verminderung des Gefässtonus, verbunden mit psychischer Depression. — Es handelt sich hier nicht um die bei Soldaten oft nach längeren Märschen vorkommenden Herzpalpitationen. — *Kisch* kommt zu dem Schlusse, dass es sich um eine in Folge andauernder, hochgradiger Anspannung der psychischen Thätigkeit entstandene Funktionsstörung des Herzens handelt, welche aus einem Insulte des Herzhemmungscentrums wie des vasomotorischen Centrums hervorgegangen ist. — Es handelt sich um eine Folge der Neurasthenia cordis vasomotoria. Die Prognose ist günstig,

die Heilung nach Ablauf einiger Monate zu erwarten bei absoluter Ausspannung und roborirender Lebensweise etc.

Joseph, L. Beitrag zur Symptomatologie der Neurathenie. Wiener Mediz. Wochenschrift No. 24 und 25.

Die Neurasthenie kann ganz akut einsetzen, z. B. nach heftigen Gemütserschütterungen, nach psychischen Shoks, — aber auch nach profusen Blutungen und folgender psychischer Depression. Mit *Beard* u. *Erb* ist J. der Ansicht, dass die N. im Anfangsstadium die Initialsymptome schwerer Gehirn- und Rückenmarksaffectionen vortäuschen kann, es giebt z. B. geradezu eine Pseudotabes neurasthenica, die sich von der Tabes nur durch die fehlende Ataxie unterscheidet. Der Kniereflex kann bei Gesunden auch fehlen.

Das typische Bild der N. setzt sich aus drei Symptomen zusammen: allgemeine Körperschwäche, Schmerzen in den verschiedenen Regionen des Körpers, und Schlaflosigkeit. Dies sind die konstanten Symptome. — Die Schwäche fehlt nie, besteht auf somatischem und psychischem Gebiet, betrifft den ganzen willkürlichen Muskelapparat, macht den Gang schlaff - paretisch, erschwert das Schreiben und ev. Handarbeit. Die grobe Muskelkraft ist nur scheinbar nicht herabgesetzt, denn sehr rasch tritt in den Muskeln Ermüdung ein bis zum Tremor.

Die seelische Schwäche tritt meist als Gedächtnissabnahme in die Erscheinung. Die Kranken vergessen das Allernächste, die jüngste Vergangenheit, während die Erinnerung an abgelegene Erlebnisse frisch erhalten bleibt. Ferner tritt bei geistiger Thätigkeit sehr rasch Abspannung ein, die intellectuelle Fähigkeit ist dabei in keiner Weise gemindert. Die Aufmerksamkeit kann nicht genügend konzentrirt werden, wird ev. durch krankhafte Selbstbeobachtung und durch hypochondrische Reflexion gestört. Die Stimmung ist stets matt, gedrückt, hypochondrisch. Die Nosophobie beherrscht den ganzen Kranken. Die Verstimmung wechselt übrigens, ist meist abends geringer als morgens. Mitunter bestehen auch Angstgefühle. —

Die Schmerzen sind neuralgiform, ohne konstanten Sitz. Sie können (ctr. *Oppenheim*!) sehr heftig werden, namentlich die Gelenkneuralgien. Die Schmerzen sind öfter und heftiger in den unteren Extremitäten als in den oberen. Die Schmerzen sitzen nicht nur in der Gegend der Nervenstränge, sondern überall, in Haut, Muskeln, Knochen etc. Points douloureux. Schmerzen an der vorderen Thoraxwand verursachen eine nervöse Dyspnoë. Schmerzen im Kopf sind selten. Schmerzen am Scheitel verursachen Kopfdruck (Casque neurasthénique *Charcot*). Es besteht eine lästige Eingenommenheit des Kopfes, aber nicht immer. —

Sehr oft besteht Schlaflosigkeit. Der Schlaf ist immer oberflächlich,

nicht erquickend, durch ängstliche Träume gestört (Verfolgungsträume), dass die Kranken oft wie vom Schweiss gebadet erwachen. Trional hat J. am besten geholfen.

Ausser diesen 3 Symptomen giebt es andere mehr temporäre oder accessorische, die rasch verschwinden, auch fehlen können; z. B. der schlechte Ernährungszustand, Kopfkongestionen, plötzliches Erröten über Kopf und Hals, Herzklopfen, Tachycardie, Schwindel, Doppelsehen, Augenflimmern, Ohrensausen, Parästhesie, Tremor, fibrilläre Zuckungen, Psychose, Polyurie, Polydipsie u. s. w.

Ein sehr lästiges, aber auch seltenes Symptom ist der Pruritus cutaneus universalis, heftiges Jucken, namentlich bei Nacht, ohne dass an der Haut etwas Abnormes zu konstatiren ist. —

Bailey, Pearce. Simulation nervöser Beschwerden nach Unfall. New-York 1897.

B. bedauert zunächst, dass soviele nervöse Beschwerden nur subjektive sind, d. h. sich objektiv nicht nachweisen lassen. Die Fälle, dass Leute nach irgend einem Traume, z. B. Eisenbahnunfall, den Klageweg beschreiten, Schadenersatz fordern, mehren sich auch in Amerika kolossal. B. glaubt, dass die betr. subjektiven Beschwerden wohl oft übertrieben, aber selten ganz simulirt sind. Er erwähnt dann kurz eine Familie Freemann, deren Mitglieder alle mehr oder weniger Schadenersatz beansprucht haben, meistens fälschlicher Weise. Die Familie, polnische oder englische Juden, von schlechtem Leumund, besteht aus Vater, Mutter und acht Kindern. Die Mutter und 2 Töchter reichten von Januar 1893 bis Dezember 1894 nicht weniger als neun Klagen gegen Eisenbahngesellschaften ein! Die Tochter Jennie klagte viermal mit Erfolg, beim fünften angeblichen Trauma wurde der Betrug entdeckt. Die Mutter klagte einmal mit Erfolg, bei zwei anderen Fällen wurde sie des Betruges überführt. — Subjektive Beschwerden können nach B. simulirt werden, schwere Nervenstörungen wohl kaum; z. B. eine traumatische Lähmung der Beine zeigt auch Sensibilitätsstörungen. Anästhesie kommt ohne Lähmung oder andere Erscheinungen nervöser Art nicht vor, Sphinkterenlähmung ohne sonstige Lähmungen auch nicht. Es müssten also gleich mehrere Symptome geheuchelt werden, und das kann kaum Jemand. Ein geübter Diagnostiker kann daher den Simulanten leicht entlarven. Verf. geht dann kurz die organischen und functionellen Symptome durch. Zum Schluss bestätigt er das seltene Vorkommen der traumatischen Hysterie in Amerika. —

Pasmanik, Daniel. Ueber Malariapsychosen. Wiener medic. Wochenschr. No. 12 u. 13.

Verf., der in einer exquisiten Malariagegend Bulgariens längere Zeit gelebt hat, betonte vor allem, dass weder die den Intermittensanfall begleitende Temperatursteigerung noch die durch die Krankheit erzeugten Toxine die Psychosen zeitigen; die Psychose ist vielmehr nach seiner Ansicht ein Product der chronischen Malaria selbst; neben dieser Malariacachexie fand sich in seinen Fällen nicht selten Ascites, Hämaturie vowie Albuminurie. In etwa 2 % aller Fälle von Malaria fand Verf. über 24 Stunden dauernde psychische Störungen; in keinem einzigen Falle liess sich im direkten Gegensatz zu den Angaben *Kräpelin's* eine neuropathische Prädisposition nachweisen; am häufigsten sind Erwachsene zwischen dem 20.—50. Lebensjahre betroffen. Alle Psychosen trugen einen depressiven Charakter; es handelte sich entweder um den höchsten Grad der Herabsetzung geistiger Thätigkeit in der Form des comatös-soporösen Zustandes oder um die acute Demenz oder um die Melancholia agitata, viel seltener um die Melancholia simplex; nie fand sich eine Manie. Die comatös-soporösen Zustände fand er besonders bei Kindern, bei der Malariacachexie einfach melancholische oder Stupiditätszustände, bei einer Exacerbation der chronischen Malaria vorzugsweise die agitirte Melancholie. Die sogen. „psychosis typica" (*Kräpelin*, von *Krafft-Ebing*), wo die einzelnen Intermittensfieberanfälle durch Psychosen ersetzt werden, hat Verf. nie beobachtet; er kennt von larvirten Formen der Malaria nur die Neuralgie. Die Dauer der Geisteskrankheit schwankte zwischen 4 Tagen und 3 Monaten; in 12 % der Fälle traten Recidive ein, in deren Verlauf der Kranke energieloser, misstrauischer wurde und auch an seiner geistigen Capacität Einbusse litt; in 6 % trat der Exitus ein infolge der ausgesprochenen Malariacachexie, Temperatursteigerung und Delirien. Für den Rest der Fälle ist die Prognosis günstig zu stellen, besonders wenn es gelingt, die Malaria, den Boden der Psychosen, durch Chinin in günstigem Sinne zu beeinflussen. 8 kurze Krankengeschichten sind der Arbeit beigegeben.

Festenberg. Ein Fall von schwerer Chorea während der Schwangerschaft mit Uebergang in Manie. Heilung durch künstliche Frühgeburt. Deutsche medic. Wochenschr. No. 13.

Während der 3. Schwangerschaft einer erblich nicht belasteten, bis dahin bis auf das Überstehen von Rachitis stets gesunden 26 jährigen Frau stellten sich im 3. Monat der Schwangerschaft unwillkürliche, ungeordnete, rasche Bewegungen des rechten Arms und des rechten Beins ein; unter medicamentöser Behandlung liessen die choreatischen Zuckungen nach. Die Frau musste aber wegen einer an diese Chorea sich anschliessenden maniakalischen Erregung im 4. Monat der Gravidität

für 19 Tage einer Irrenanstalt überwiesen werden. Gesund aus derselben entlassen zeigt sie sehr bald wieder choreatische Zuckungen der linksseitigen Gliedmassen, des Kopfes und des Rumpfes, die sehr heftig waren und die Ausübung auch der einfachsten Verrichtung unmöglich machten; dabei starke, rapide Abmagerung (Körpergewichtsabnahme 13 Kilo). Verf. leitete daher die künstliche Frühgeburt ein; nur wenige Tage nach Entfernung der Frucht aus dem Uterus waren die Zuckungen verschwunden.

Interessant ist das Auftreten choreatischer Zuckungen bei der 3. Schwangerschaft, während die ersten ohne solche verliefen. Das Fehlen aller prädisponirenden Momente (Erblichkeit, früherer Anfall, Rheumatismus, Bleichsucht) sowie die Beschränkung der Krämpfe auf eine Körperhälfte.

Schultze, Fr. Tetanie und Psychose. Berliner klinische Wochenschr. No. 9.

Sch. berichtet über zwei Fälle von Tetanie und Psychose; der erste litt an Diposmanie und epileptischen Insulten, der zweite an einer leichten maniakalischen Erregung auf dem Boden des Schwachsinns.

Bei dieser Combination handelt es sich kaum um ein bloss zufälliges Zusammentreffen beider Krankheitszustände, da bei Tetanie bisher nur Erregungszustände, aber nie Depressionen beobachtet sind, ebensowenig kann man in der Tetanie eine Gelegenheitsursache der Psychose sehen; es besteht vielmehr ein enger Zusammenhang, insofern als sie beide Folgen derselben Ursache sind. Beiden Affectionen liegen dauernde Erregbarkeitssteigerungen zu Grunde, das eine Mal innerhalb gewisser motorischer und sensibler Neurone, das andere Mal innerhalb der Partieen des Centralnervensystems, die den psychischen Functionen obliegen. Die Erregbarkeitssteigerung ist ihrerseits wieder auf die Einwirkung gewisser chemischer Substanzen zurückzuführen. Hierfür spricht auch, dass nach Eingabe von Thyrojodin eine Steigerung der Krämpfe eintrat und diese sich gelegentlich mit Bewusstseinslosigkeit verbanden. Sch. weist schliesslich darauf hin, dass auch bei Epilepsie eine Erhöhung der mechanischen Erregbarkeit peripherer Nerven vorkommt wie sich auch andererseits zur eigentlichen Tetanie nicht selten echte epileptische Anfälle hinzugesellen.

Kjlatschkin. Ein Fall von periodisch recidivirender Oculomotoriuslähmung. Neurol. Centralblatt No. 5.

Den bisher beobachteten und beschriebenen 25 Fällen von periodischer Lähmung des oculomotorius (migraine ophthalmique der

französischen Autoren) fügt Verf. in vorliegender Beobachtung einen neuen zu.

Es handelt sich um ein 15jähriges Mädchen, dessen Vater Potator war und an Apoplexie starb, das von Kindheit an an Malariaanfällen und Kopfschmerzen litt. Gegen Mitte Mai 1896 spürte es plötzlich Stechen im linken Auge, konnte dasselbe nicht mehr öffnen und hatte starke Kopfschmerzen. Bei der Untersuchung (26. V.) war das rechte Auge normal; links war das Augenlid fast vollständig herabgelassen das Auge nach aussen abducirt, die Pupille bedeutend weiter als rechts und ohne Reaction auf Licht und Convergenz; dabei Doppeltsehen; es bestand noch leichte Herabsetzung des Schmerz- und Tastgefühls im 1. Ast des linken Trigeminus sowie Milzschwellung. Der Kranken wurde Chinin in grösseren Dosen verordnet, sowie eine spanische Fliege in den Nacken gesetzt. Anfang Juli war alles wieder normal; am 20. Juli setzte ein neuer Anfall ein, von einer 6tägigen Dauer; der dritte Anfall währte vom 15—23. September.

Es handelt sich mithin hier um eine rein periodische Lähmung des oculomotorius, da in den Zwischenräumen das Auge nichts Abnormes bot. Die Erkrankung ist peripherer Natur; gegen deren Sitz in der Hirnrinde oder der weissen Substanz spricht die Störung der Pupillarreaction, gegen eine Kernaffection die Beteiligung der inneren Augenmuskeln, das einseitige Auftreten der Affection sowie das Fehlen von Functionsstörungen seitens der Extremitäten; zu gunsten der supponirten Localisation spricht auch die Mitbeteiligung des 1. Astes des Trigeminus derselben Seite. Für die Annahme, dass es sich um eine toxische, auf Malaria zurückzuführende Neuritis handelt, verwertet Verf. das Auftreten starker Fieberanfälle vor der jedesmaligen Lähmung und den günstigen Erfolg der eingeleiteten Chinintherapie.

Adamkiewicz, *Albert*. Gedächtnissstützigkeit *Λαυϑανομία* Wiener medic. Wochenschr. No. 17.

Nach einigen allgemeinen Bemerkungen über das Gedächtniss bespricht Verf. die erworbene Gedächtnissschwäche: er unterscheidet die anatomische d. i. die durch pathologisch-anatomische Veränderung der Hirnrinde bedingte (progressive Paralyse, Dementia senilis), die psychische. von dem antomischen Bau des Denkorgans unabhängige, in der Form der sogen. „Traumzustünde“ (Epilepsie, Melancholie, kataleptische, somnambule und hypnotische Zustände) und die traumatische, bei der insbesonders zuletzt erworbene Bilder und Kenntnisse verloren werden.

Dass es aber noch eine weitere, vierte Störung des Gedächtnisses giebt, beweist die mitgeteilte Krankengeschichte. Ein 22jähriger Mann kommt in eine Grossstadt, in ganz neue Verhältnisse, unbekannt mit

der Sprache; er verliert allmählich seine Ruhe, den Appetit und Schlaf, fühlt sich matt und abgeschlagen, oft auch ängstlich. Er kann nicht mehr studiren, weil er seine Gedanken trotz aller Anstrengung nicht mehr auf einen bestimmten Punkt zu concentriren vermag; was zufällig aus seiner Umgebung auch gegen seine Absicht seine Sinne erregt, schiebt sich in den Lauf seiner Gedanken ein; er schafft daher alles beiseite, was ihn ablenken könnte, und schliesslich ist es soweit mit ihm gekommen, dass er in seinem kahlen, völlig ausgeräumten Zimmer bei dicht verhängten Fenstern das Dunkel der Nacht abwartet, die Lampe anzündet und nur das Buch beleuchtet, aus dem er grade zu studiren beabsichtigt. Da consultirt er nun den Verf. Körperlich fand sich nichts Besonderes. So lange der Kranke nicht gestört wird, vermag er fliessend, mit dem wünschenswerten Gedächtniss, sowie Vorrat an Gedanken und Worten zu reden; sobald er aber „gestellt" d. h. in seiner Rede unterbrochen wird, weiss er, besonders wenn dies plötzlich oder gar in schroffem Tone geschieht, nicht mehr, was er eben gesprochen hat, was man momentan zu ihm spricht, was er früher gelernt und erlebt hat; so hat er das Jahrhundert vergessen, in dem er lebt, die Strasse, in der er weilt; nicht einmal auf seinen eigenen Namen weiss er sich zu besinnen. Kommt er zur Ruhe, so erwacht sein Gedächtnis wieder, um bei nächster Gelegenheit auch wieder zu verschwinden. Er hat also ohne Verlust des Bewusstseins alles vergessen, bei voller Einsicht in das Peinliche seines Zustandes, ein Zustand von Vergesssucht, Gedächtnissstützigkeit, wie ihn Verf. nennt.

Das passirt ja wohl jedem Menschen einmal, dass er momentan einen Namen, ein Wort, eine Phrase vergessen hat; aber was bei uns nur selten auftritt und kurz dauert, ist hier bei dem Kranken in Permanenz erklärt, etwas Regelmässiges, um so interessanter, als das Gehirn weder functionell noch materiell eine schwere Schädigung erlitten hat. Verf. schliesst cerebrale Neurasthenie, an deren Vorhandensein man sicherlich sofort denken wird, aus, ebenso Hypnose und Epilepsie; er sieht vielmehr in der Lanthanomie eine bisher noch nicht beschriebene Krankheit sui generis. Verf. verordnete dem Patienten Aufgeben des Studiums, Rückkehr in die alten Verhältnisse und Ruhe, ob mit Erfolg wird leider nicht mitgeteilt; er stellt ihm im Anschluss an den bekannten dichterischen Ausspruch das Prognostikon, dass er eher ein Talent als ein Character werden wird.

Semidalow, W. J., Zur Frage der Akinesia algera. Russ. Zeitschrift Wratsch (Der Arzt) Nr. 2—3. Petersburg.

Genau und ausführlich bespricht S. im allgemeinen dieses Leiden nach der Auffassung von *Möbius*, in Kürze dessen Krankengeschichten

mitteilend. Dann erwähnt er die Anschauungen *Langard's*, *Konigs'*, *Erb's*, *Bechterew's*, *Putnam's*, *Moyer's* und *Szpanbocks*, um schliesslich einen Fall eigener Beobachtung zu geben.

Die Beobachtung *S.* ähnelt dem einen Falle, welchen *Möbius* beschrieben, wie auch dem *Erb*'schen, und ist ausgezeichnet durch den günstigen Verlauf und die nicht lange Dauer; sonst gleicht er den bis jetzt beschriebenen Beobachtungen. Das am meisten hervorspringende Symptom war die schmerzhafte Empfindung, welche auf die Dauer die Ausübung von Bewegungen verhinderte. Fast eben solche Beachtung verdienen aber auch die psychischen Erscheinungen, welche das Bild einer nicht allzu stark ausgesprochenen Melancholie zeigten, und dadurch der Persönlichkeit des Kranken ein eigenes Gepräge gaben, indem sie dessen Stimmung änderten und seinen geistigen Gesichtskreis einschränkten. Ausserdem befand sich Patient in einem fast ununterbrochenem Angstzustande inbezug auf seine Krankheit, deren Folgen und sein weiteres Schicksal, aber oft auch beherrschte ihn unmotivirte Furcht. Einzelne dieser Zeichen sollen schon sehr lange vor dem Ausbruch der eigentlichen Krankheit beobachtet worden sein.

Ob die Schmerzempfindung rein subjektiver Art, wie dies *Möbius* annimmt, oder objektiv, wie dies *Bechterew* behauptet, waren, wagt *S.* nicht auszusprechen, doch nimmt er an, dass die psychischen Störungen mit den nervösen Hand in Hand gehen und dass in dem einen Falle die psychischen, im anderen die nervösen Störungen das Übergewicht haben, schliesslich aber bilden sich Verbindungen der gegenseitigen Beeinflussung.

Daher scheint es dem Verf. gerechtfertigt, die Akinesia algera zu den Psychoneurosen mit eigentümlicher Gruppierung der psychischen und nervösen Erscheinungen zu zählen, und diese Krankheit als selbstständige nosologische Einheit hinzustellen. Die beobachteten hysterischen Erscheinungen können jedoch das Bild der Akinesia algera nicht verdunkeln.

Welchen direkten Einfluss die Behandlung, Ergotin, Arsen, Bäder und Ruhe auf den Verlauf der Krankheit ausgeübt, wagt Verfasser nicht zu sagen. *A. v. Rothe.*

Chmielewski, J. K., Drei Fälle von acuter Psychose mit Symptomen des Delirium acutum. Fragen aus der Neuro-Psychiatrischen Medizin. B. 1. Heft 2.

Der Verfasser beobachtete auf der psychiatrischen Abteilung des Odessaer Stadtkrankenhauses drei Fälle von acuter Psychose, deren Verlauf und einzelne Symptome dem sogenannten Delirium acutum glichen. Der erste Fall betraf ein 30 J. altes Mädchen: die Krankheit begann akut plötzlich, der Verlauf akut, tiefe Störung des Seelenlebens, starke

Reizung der motorischen Gehirnsphäre, Reizerscheinungen der subcorticalen Centra, eigentümliche Erschlaffung, Nahrungsverweigerung, Verfall des Pulses, Temperaturerhöhung, rascher Verfall der Kräfte, — Tod. Die Sektion ergab eine diffuse haemorhagische Meningo-Encephalitis. *Ch.* benennt diesen Fall als Delirium acutum maniacale, und glaubt obgleich eine bacteriologische Untersuchung nicht stattgefunden, auf dem Wege der Ausschliessung anderer etiologischer Momente, annehmen zu dürfen, dass in diesem Falle eine Infektion die Ursache der Krankheit gewesen sei.

Der 2. Fall betraf eine 30 J. alte Bäuerin, das Krankheitsbild zeigte Schreck erregende Halluzinationen, melancholische Delirien, Verwirrtheit; der Verlauf remittirend mit Intervalla lucida. Der Tod erfolgte infolge von Blutvergiftung, entstanden durch Decubitus. Die Sektion konnte nicht gemacht werden, diesen Fall zählt *Ch.* als Delirium acutum melancholicum, doch sei es wohl richtiger ein Fall von Amentia acuta mit trophischen Erscheinungen von lethalem Charakter. Im allgemeinen glaubt Verfasser annehmen zu dürfen, dass viele von den in der ausländischen Litteratur beschriebenen Fälle von Delirium acutum melancholicum eigentlich nur Fälle von Melancholie oder Amentia gewesen seien, deren tötlicher Ausgang durch unaufgedeckte Blutvergiftung hervorgerufen wurde.

Der 3. Fall betraf eine 36 J. alte Frau, welche viermal an akuter Psychose erkrankt war, welche immer dieselben Symptome zeigte: Kopfschmerz, Bewusstseinsstörung, Halluzinationen, ungebundene Delirien und allgemeine Schwäche. Der Verlauf glich immer dem der acuten Amentia, war remittirend, die Delirien tragen den melancholischen Charakter. Verfasser zählt diesen Fall zu der periodischen hallucinatorischen Amentia. Der Autor verspricht eine ausführliche Arbeit über das Delirium acutum. *A. v. Rothe.*

Didier, Kleptomanie und Hypnotherapie. Halle a. S. Verlag des Verfassers.

Ein Degenerirter, der „ein zurück gebliebenes Kind", indolent und blöd, sinnlich und kindisch ist, stahl von seinem ersten Kindesalter an, ohne eigentlichen Zweck, mehr, weil er sich zum Stehlen hingezogen fühlte und weil ihm der Diebstahl, den er ohne vorhergehenden Kampf beging, eine Befriedigung verschaffte. Da er sich auch in seinem Traumleben mit Diebstählen abgab, so hielt ihn *Régis* für hysterisch; hierfür sprach auch die erhebliche Einengung des Gesichtsfeldes, die Hemihypästhesie, sowie eine äusserst starke nervöse Reizbarkeit. Durch hypnotische Suggestion suchte *Régis* die Willensschwäche des Individuums zu beseitigen, indem er ihm Abneigung zum Stehlen und, kurz gesagt,

Ehrlichkeitsträume suggerirte. Bei der grossen Empfänglichkeit des Kranken für Hypnose hält V. sich für berechtigt, einen Erfolg der Behandlung bei ihm anzunehmen.

Francotte, Zwei Beispiele der affektiven Form von Verwirrtheit (Délire généralisé). Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. September.

Unter délire généralisé versteht *Francotte* die Formen von Geistesstörung, welche sich durch den Mangel an Orientirtsein über Zeit, Ort und Umgebung auszeichnen. Er unterscheidet dann délire généralisé hallucinatoire und délire généralisé affectif. Die letztgenannte Form wird eingeteilt in melancholische, stuporöse und manische Verwirrtheit Von dem manischen und melancholischen délire généralisé wird je ein Beispiel mitgeteilt.

Bechterew, Die Errötungsangst als eine besondere Form von krankhafter Störung Neurologisches Centralblatt No. 9.

Bechterew veröffentlicht 2 Krankengeschichten, bei welchen es sich um die gleiche nervöse Störung handelt, nämlich um die Angst vor dem Erröten, mit welcher sich dann das unangenehme Gefühl verbindet, das Erröten müsse von anderen Personen bemerkt werden. Es handelt sich um eine Form der pathologischen Angst, um eine Zwangsidee, die er auf eine erhöhte Reizbarkeit der von ihm durch Versuche aufgefundenen vasodilatatorischen Rindencentren zurückführt, die durch sehr geringe psychische Impulse in Thätigkeit versetzt werden können. Die Krankheit wurde zur selben Zeit von *Dr. Pitres* und *Régis* als l'Obsession de la Rougeur beschrieben. Sie sucht ihre Opfer in dem grossen Heere der Neurastheniker und Degenerirten und zwar vornehmlich des männlichen Geschlechts. Eine definitive Heilung ist noch nicht beobachtet. Einen Erfolg kann man sich wohl nur von der Psychotherapie versprechen.

Bechterew. Neue Beobachtungen über die „Errötungsangst“. Neurolog.. Centralblatt Heft 21.

Bericht über zwei weitere Fälle zu den bereits früher veröffentlichten nebst einigen Bemerkungen über Ätiologie, den günstigen vorübergehenden Einfluss der Spirituosen und die Einwirkung äusserer Bewegungen, wie Licht und Wetter auf den Zustand.

Bechterew, W. M. Erytrophohie. Die Furcht zu Erröten. Rundschau für Psych. etc. (russisch) No. 1.

Bechterew betont, dass die von *Pitres* u. *Régis* auf dem letzten Congress der französischen Irrenärzte in Nancy besprochene sogenannte Erytrophobie, schon von ihm im Jahre 1896 genau beobachtet, und in der psychiatrischen Rundschau russisch, No. 12, 1896 beschrieben worden sei. Im Grossen und Ganzen stimme seine Beschreibung mit der der oben genannten Autoren, nur könne er nicht mit denselben übereinstimmen, dass dies Leiden sich erst nach der Pubertät entwickle, da er einen Fall beschrieben, wo die Furcht zu Erröten schon im 11. Jahre beobachtet wurde. Weiter habe er konstatirt,' dass diese Furcht nicht auftrat, wenn die Patienten allein waren. Eine gleich grosse Bedeutung und Rolle spielt auch die Besorgniss, dass das Erröten von anderen Personen beabachtet werden könne, da das Erröten im Dunklen oder schlecht beleuchteten Räumen grösstenteils nicht stattfinde. *Bechterew* nimmt an, dass sowohl in diesem Leiden, wie überhaupt bei Zwangsvorstellungen, die Psychotherapie in der Form der Suggestion, oder Autosuggestion eine sehr wichtige Rolle spiele.

A. v. Rothe.

Pitres und *Régis*. Ereuthophobie (Zwangsidee, erröten zu müssen). Archives de neurol. Januar.

Es werden drei Stufen unterschieden. 1. Einfache Ereuthose. Die Menschen erröten häufig und auf geringe Anlässe, ohne davon psychisch afficirt zu werden. Dieser Zustand hat nichts Pathologisches. 2. Emotive Ereuthose. Neuropathische Personen oder auch Gesunde während der Pubertät oder der Menopause leiden zuweilen an häufigem Erröten und empfinden dies als etwas sehr Unangenehmes, ohne von der Furcht vor dem Erröten dauernd beherrscht zu werden. 3. Ereuthophobie. Es tritt häufiges Erröten ohne äussere Ursache ein und die Furcht vor diesem Erröten wird zu einer quälenden Idee, welche die Kranken beständig beherrscht. Die Beobachtungen treffen junge Männer.

Garnier, Samuel & Santenoise. Une observation de manie aigue chez une acromégalique. Archives de Neurologie. No. 24.

Eine Frau mit den typischen Erscheinungen der Acromegalie, welche übrigens im vorliegenden Fall keinen Einfluss auf die Menstruation ausübte, erkrankte plötzlich an hallucinatorischer Krankheit, die nach ca. 14 Tagen geheilt war.

Devay, F. Mélancolie et goitre exophthalmique. Archives de neurolog. No. 24.

Hirschl betonte seinerzeit in seiner Arbeit, dass Geistesstörung eine seltene Komplication von Basedow'scher Krankheit sei, und dass es dann meist um maniakalische Formen von Psychosen sich handele: dass aber, wenn andere Psychosen bei morbus Basedowii auftreten, diese als ein Zeichen einer den letztgenannten Symptomencomplex begleitenden Hysterie oder Neurasthenie oder Alkoholismus aufzufassen seien.

Demgegenüber teilt V. einen Fall von Melancholie bei Basedow mit, wo einige Voraussetzungen von *Hirschl* nicht zutrafen. Er betont, dass man sich über das Auftreten von Melancholie bei der Basedow'schen Krankheit um so weniger verwundern darf, als diese doch infolge der dabei auftretenden Herzpalpitationen, Schlaflosigkeit, des Gefühls der Erstickung eine „névrose de l'angoisse par excellence darstelle.

Adamkiewicz. Vom Zittern. Wiener mediz. Wochenschrift. No. 45.

V. betonte, dass jedes Zittern im Schlafe aufhört, dass es aber andererseits vom Willen nur in untergeordneter Weise beeinflusst werden kann. Auf Grund von Experimenten sieht er in dieser Serie von Muskelbewegungen allerkürzester Dauer einen höheren Grad von Spasmus; es ist ihm das Zittern ein Phänomen der Lähmung. V. führt es zurück auf eine Schwäche der Pyramidenbahnen, und ein Überwiegen der Funktion der Hinterstränge, besonders ihrer tonisirenden Fasern, die auf sonst ganz gleichgültige Reize jetzt in Erregung versetzt werden.

Ellis, Gilmore. Latah, Eine Geisteskrankheit der Malayen. The journ. of ment. sc. Januar.

Es handelt sich um eine Nervenkrankheit transitorischen Charakters, die schwer zu rubrizieren ist, da die Krankheit nie unter denselben Symptomen auftritt. Die Krankheit beginnt plötzlich. Als Ursache gelten: plötzlicher Lärm, ein unerwarteter Anblick, plötzliches körperliches Berührtwerden, die Erwähnung eines Wortes, eines wilden Tieres, namentlich des Tigers. Meist sind es mehrere schreckhafte Eindrücke der verschiedenen Sinnesorgane, — Geschmack und Geruch ausgenommen Die Dauer der Krankheit wechselt zwischen mehreren Minuten und einer halben Stunde, auch noch länger.

Ellis möchte die Latahfälle in 2 Klassen teilen: entweder ist Mimicry, die unfreiwillige Nachäffung, das Hauptsymptom, oder die Krankheit äussert sich hauptsächlich in rasch vorübergehender Coprolalie. Wahrscheinlich handelt es sich übrigens um zwei verschiedene Krankheiten. Gewisse Fälle der ersten Art, der Mimicry, erinnern an Fälle von Hypnose, doch ist das Bewusstsein erhalten und der Wille vor-

handen, dagegen anzugehen. Die Fälle der zweiten Klasse erinnern *Ellis* an das Amok, wenigstens bei gewissen Kranken, würden also zur Epilepsie gehören. Entgegen *Tuke* (Dict. of Psych. Mediz.) glaubt *Ellis*, dass Latah bei allen Malayischen Racen vorkommt und mit der Hysterie oder der Suggestion nichts zu thun hat. Fast nur Malayen werden befallen, Chinesen z. B. niemals.

O'Brien (Asiatic Journal) giebt mehrere Krankengeschichten. z. B. Auf einem Kahne, unter Führung eines jungen Malayen stromabwärts fahrend, vergnügt man sich mit Steigenlassen von Raketen. Plötzlich stösst der bis dahin völlig gesund aussehende Malaye *O'Brien*, der gerade die zweite Rakete steigen lassen will, zur Seite, entreisst ihm die Fackel, lässt die Rackete selbst steigen und fällt dann unter Ausstossen eines unverständlichen Lautes auf das Gesicht. Die Umgebung bezeichnet dies als: „er hat Latah.“ Am andern Morgen erschien der Malaye wieder als der frühere ruhige, vernünftige Mensch. Er stand am Ufer, *O'Brien* winkt ihm mit der Hand zum Abschied, während er eine Arie pfiff. Der Malaye begann sofort auch zu pfeifen, ohne bisher überhaupt einen dem Pfeifen ähnlichen Ton von sich geben zu können! — — *Ellis* erwähnt dann eine alte malayische Lady, welche im übrigen keine Symptome von Latah zeigt. Sie muss aber jedes plötzliche Geräusch, welches sie vernimmt, nachzumachen suchen.

In 2 anderen Fällen handelt es sich um zwei alte würdige malayische Damen, mit denen man sich längere Zeit ordentlich unterhalten kann. Sie leiden an Latah, das sich darin zeigt, dass sie, sobald ein gewisser unartikulierter Laut ausgestossen wird, sofort gegen ihren Willen eine Art Cancan tanzen, die eine so wild, dass sie schliesslich pudelnackt weiter tanzen muss.

Der zweiten Form gehört folgender Fall an: Eine gebildete, jetzt 43jährige Dame muss seit ihrem 22. Lebensjahre bei jedem ungewohnten Geräusch ausrufen: Puki (Ausdruck für weibliches Geschlechtsteil!). Im übrigen ist sie geistig intakt. — Ein 30jähriger Klerk stösst, wenn plötzlich berührt, einige unverständliche Worte aus und macht am nächsten Pfosten oder Baum Coitus-Bewegungen! — Ein 48jähriges, ordentliches Mädchen steht bei jeder Ermahnung oder Verweis einige Minuten zitternd da, giebt dann mehrere ructus und flatus von sich, — dann folgen einige schmutzige Worte und schliesslich die Bitte um Verzeihung! — Eine 45jährige Witwe mit 4 gesunden Kindern unterhält sich ganz vernünftig. Plötzlich stösst *Ellis* einen Schrei aus, die Witwe muss denselben wiederholen, *Ellis* tanzt, die Witwe auch; *Ellis* spricht einige englische Worte zu seinem Freunde, die Witwe dieselben Worte, ohne überhaupt bisher englisch sprechen zu können. Noch andere Sachen muss die Witwe nachmachen. Schliesslich wiederholt sie einige

Male das Wort Puki, um sich dann zu schämen. Ihre Mutter litt auch an Latah, sie selbst seit 12 Jahren. Hypnose half in diesem Falle nichts.

Latah ist erblich, meist leiden einige Familienmitglieder zugleich daran. Die Herzaktion ist während des Anfalls beschleunigt. Reflexe normal. Latah findet man selten in der Jugend, meist bei alten Leuten oder in den mittleren Jahren. Sechsmal häufiger bei Weibern als bei Männern. Die ältesten Weiber sind während des Anfalls erotisch, wie junge Mädchen. In seltenen Fällen können die Kranken sich beherrschen. Degeneration ist bei den Kranken nicht nachweisbar. Die Malayen unterscheiden die Latah-Kranken genau von den Geisteskranken, in den Irrenanstalten findet man sie nie.

Bourford, Thomas, Elephantiasis Arabum mit Geistesstörung. Ibid.

Es handelt sich um einen Fall von Eleph. des l. Unterschenkels, beginnend in der Kindheit. Die betr. Frau war, als sie in Behandlung von B. kam, 65 Jahre alt, war melancholisch deprimirt, hatte Halluzinationen des Gehörs und Verfolgungsideen. Rasche Verblödung.

Hoche, A. Über die Luftdruckerkrankungen des Centralnervensystems. Berliner klin Woch. No. 22.

Gelegentlich des Baues einer neuen Eisenbahnbrücke über den Rhein bei Kehl konnte V. 2 Kranke beobachten, die infolge des zu schnellen Überganges von dem erhöhten Atmosphärendruck zu dem normalen das Bild der unvollkommenen Querschnittsaffection des Dorsalmarks boten: bei dem einen waren überwiegend die Seitenstränge, bei dem anderen auch die Hinterstränge stärker beteiligt.

V wendet sein Hauptinteresse der Ätiologie der Luftdruckerkrankung zu. Überzeugend weist er an der Hand der Litteratur, die sich auf klinische und mikroskopische Beobachtungen sowie auf experimentelle Untersuchungen stützt, nach, dass das aus dem Blute und den sonstigen Gewebeflüssigkeiten freiwerdende Gas nicht Sauerstoff und Kohlensäure ist, wie man früher vielfach annahm, sondern vorwiegend Stickstoff sein muss. Demgegenüber erscheint es fast unglaublich, wenn hier und da noch die vom physikalischen Standpunkte gänzlich unhaltbare Congestionstheorie verfochten wird, nach der durch den hohen, auf der Körperoberfläche lastenden Druck eine Blutfülle im Centralnervensystem verursacht, deren plötzliche Veränderung das Gewebe oder seine Funktion schädigen könnte.

Die Folgen werden bestimmt durch die Menge des freiwerdenden Gases, das embolisch in Bläschenform von den Arterien mitgeführt wird, und dem Organe, das von der Schädlichkeit betroffen wird; weiter-

hin ist massgebend die Schwere oder die Leichtigkeit, mit der sich hier ein collateraler Kreislauf herstellen kann. Da das Centralnervensystem viele Endarterien hat, und da seine Elemente recht empfindliche sind, so ist dessen lebhafte Reaktion leicht erklärlich. Es kann natürlich jeder Abschnitt des Centralnervensystems von der Embolie betroffen werden; dass aber die weisse Substanz der Hinterstränge und der Seitenstränge des Rückenmarks bevorzugt wird, ist auf die anatomische Anordnung der Gefässe zurückzuführen; und wenn weiterhin das Dorsalmark am allermeisten leidet, so liegt das daran, dass hier das Lumen der Arterien besonders eng ist und die Arterienverzweigungen nach der verticalen Richtung hin einen langen Verlauf zeigen. Da die Emboli immerhin leicht resorbirt werden können, so kann die relativ günstige Prognose nicht wundernehmen.

Die Erkrankung fasst *Hoche* nicht als Betriebsstörung, sondern als Betriebsunfall im Sinne des Gesetzes auf.

Kempner & von Fragstein. Beitrag zur Casuistik der Hirntumoren mit Sektionsbefund. Berl. klin. Woch. No. 22.

Sehr heftige Kopfschmerzen, vorzugsweise im Hinterkopfe, wiederholtes Erbrechen, Schwindel, Delirien, Gedächtnissschwäche für jüngst Erlebtes, psychische Störungen, keine Veränderung der Motilität oder Sensibilität; beiderseitige Stauungspapille; linksseitige homonyme Hemianopsie. Diagnose: Hirntumor; da lues und Tuberculose nicht nachweisbar waren, wahrscheinlich Gliom und zwar im rechten Hinterhauptlappen. Die gestellte Diagnose wurde durch die Sektion bestätigt. Besonders interessant ist, dass auch in vorliegendem Falle die ausgedehnte Mitbeteiligung des Hirnbalkens die Motilität, Sensibilität und Koordination unbeeinflusst liess.

Seiffer, W. Beitrag zur Ätiologie der Peroneuslähmungen. Berlin. klin. Woch. No. 51.

Zenker machte im Jahre 1883 auf Peroneuslähmung bei Kartoffel-Feldarbeitern aufmerksam, welche nur, nachdem sie längere Zeit in knieender oder kniehockender Stellung, am Boden mit den Händen arbeitend zugebracht haben; er fasste die Lähmung, die er irrtümlicherweise unter der Bezeichnung einer Beschäftigungsneurose beschrieb, als eine traumatische auf, welche bedingt ist durch die anhaltende Knickung bezw. Compression der Nerven. Die bisher spärliche Casuistik, welche V. mitteilt, bereichert er um 5 weitere Fälle, die auf das sog. „Rübenverziehen“ zurückzuführen sind.

Bogdan, *T.* in Langenlois. Zur Frage: Moralisches Irresein. Wien medic. Wochensch. No. 30/31.

Ethischer Defekt für sich allein braucht, und wenn er auch noch so gross ist, nicht unbedingt krankhaft zu sein, sondern er ist es erst, wenn er, wie *Meynert* sagt, als Ausfluss einer klinisch begründeten Erkrankung des Gehirns, namentlich des Vorderhirns, nachgewiesen werden kann.

V. teilt ausführlich einen Fall mit, den er im Gegensatz zu andern Gutachtern für nicht geisteskrank hält; die moralische Depravation fasste er hier vielmehr auf als das Produkt einer durchaus verfehlten Erziehung und des Milieus, in dem der Betreffende verkehrte. Man muss eben den Thäter, nicht die That beurteilen.

V. berichtet dann kurz über eine Reihe von Fällen, die ihm beweisen, dass ethisch verkommene Individuen durch geeignete Erziehung — bei ihm handelt es sich um Internirung in einer niederösterreichischen Landesbesserungsanstalt — erheblich gebessert werden können; für wesentlich erachtet er hierbei neben der Verstandesbildung die Charakterbildung. Er schliesst mit dem Satze, dass zur Disciplinirung verkommener, arbeitsscheuer, eine parasitäre Existenz führender Subjecte, auch wenn sie Erscheinungen einer Imbecillität aufweisen, nicht die Irrenanstalten, sondern einzig und allein die Korrektionshäuser berufen sind.

Obersteiner, *H.* Die Pathogenese der Tabes. Berliner klin. Wochensch. No. 42.

Zur Aufklärung über die Pathogenese einer Krankheit dient einmal die Kenntnis der Ätiologie und dann die der pathologischen Anatomie.

Was die Ätiologie angeht, so betonen die meisten Autoren, dass der Tabiker früher einmal luetisch inficirt war; weniger Einigkeit herrscht über die Art und Weise, wie die überstandene Syphilis die Tabes verursachte, neben der Lues sind auch noch andere ätiologische Momente zu berücksichtigen, wie Erkältung, Gift, Trauma, individuelle Unterschiede im Bau des Centralnervensystems u.s.w.

Charakteristisch für die Tabes ist die Degeneration der intramedullären Anteile hinterer Rückenmarkswurzeln; wie sie zustande kommt, ist schwer zu entscheiden. V. neigt mit *Redlich* im Anschluss an frühere Arbeiten zu der Ansicht, als primär einen meningealen oder vielmehr Schrumpfungsprozess in der pia des Rückenmarks anzusehen, der die hindurchgehenden, hinteren Wurzeln benachteiligt. Verbreiteter aber ist die Auffassung, dass der intramedullare Teil der hinteren Wurzeln resp. deren Kollaterale allein oder zusammen mit den extramedullären durch das toxische Agens geschädigt wird.

Rosenheim, *Th.* Über nervöse Dyspepsie. Berlin. klin. Woch. No. 42—44.

Ein sehr ausführliches und eingehendes Referat, das der V. in der inneren Sektion des letzten internationalen Kongresses in Moskau erstattete; das Folgende möge genügen: Mit *Leube* sieht er in der nervösen Dyspepsie eine selbständige Krankheit, deren Grund lediglich auf eine abnorme Reaktion der Magennerven zurückzuführen ist; die Beschwerden hängen mit dem Verdauungsvorgange als solchem zusammen. Die motorische und sekretorische Funktion des Magens kann auch mitergriffen sein, ist es aber nie in hohem Grade, und der Befund ist ein recht wechselnder. Das Leiden ist nicht so überaus häufig, kommt viel fach neben sonstigen nervösen Symptomen vor, ohne dass es sich dabei immer um Neurasthenie zu handeln braucht, und kann oft abgesehen von der Allgemeinbehandlung durch symptomatische Therapie günstig beeinflusst werden.

Weiss, Heinr. Beitrag zur Lehre von der Beschäftigungsneurose. Wiener mediz. Wochensch. No. 50.

Unter Beschäftigungsneurose versteht man bekanntermassen lähmungsoder krampfartige Zustände von Muskelgruppen, deren synergische Thätigkeit eine bestimmte einheitliche Beschäftigungsleistung bezweckt: nur bei bestimmten kombinirten Bewegungen treten diese Zustände auf, bei sonst intaktem Willenseinfluss auf die betr. Muskeln. Am besten bekannt ist die Beschäftigungsneurose des Schreibers, bei der man nach *Benedikt* die paralytische, tremorartige und spastische Form unterscheidet.

Im vorliegenden Aufsatz macht V. auf die bisher noch nicht beschriebene Beschäftigungsneurose der Raseure aufmerksam, die mit der paretischen Form beginnt und in die tremorartige übergeht. Sodann bericht V. über einen Postbeamten, der sich durch jahrelanges Abstempeln der Briefe eine allmählich zunehmende Schwäche der r. Hand, Abmagerung der Interossei, besonders des ersten, und leichte Krallenform der 2 letzten Finger zugezogen hat. Für die Behandlung empfiehlt er sehr die Nervenmassage, besonders in der Form des zuerst von *Benedikt* beschriebenen „Nervenzupfen“.

Benedikt, Über die verschiedenen Arten der Beschäftigungsneurosen und ihre Mechanik. Wiener Medizinische Presse. No. 9.

Benedikt unterscheidet 3 Arten von Beschäftigungsneurosen:

1) eine zentrale Coordinationsneurose, bei welcher die krankhafte Störung blos bei einer bes. oder einer ähnlichen Beschäftigung eintritt,

2) eine wahrscheinlich durch Reizungszustand des Rückenmarks bedingte Neurose, bei welcher die beschäftigten Muskeln krampfhaft erstarren,

3) eine Lähmungsbeschäftigungsneurose, bei welcher die betr. Muskeln gelähmt und abgezehrt sind. Bei dieser ist die elektrische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln vermindert, die der benachbarten Muskeln im Vergleich zur gesunden Seite erhöht.

Stekel, Wilhelm, Die moderne Pathologie und Therapie der Migräne. Wiener mediz. Woch. No. 46/47/48.

V. sieht die meisten Fälle von Migräne als Folge einer Intoxication an; dafür sprechen u. a. das häufige Erbrechen im Beginn des Anfalls, die copiösen, wässrigen Stuhlentleerungen, die Vermehrung der Schweiss- Urin-, Speichel- und Gallensecretion am Schluss des Anfalls; er verweist auf ähnliche Anschauungen anderer Autoren und hebt insbesondere hervor, dass auch die Menstruationsperiode mit der Bildung von schädlichen Stoffwechselprodukten vor sich zugehen scheine. Wenn gegen diese Auffassung von anderer Seite angeführt wird, dass die Migräne vererbt wird und als ein Zeichen neuropathischer Belastung anzusehen ist, so beweist das nichts, da ja auch Stoffwechselanomalieen und zudem noch grade bei neuropathischen Individuen vererbt werden.

Naturgemäss teilt er die bei der Ätiologie der Migräne in Betracht kommenden Intoxicationen in solche von aussen [a) Metalle (Blei, Quecksilber, Arsen, Zinn, Antimon) b) Alkohol c) übermässige Fleischnahrung (Kalisalze) d) anderweitige schädliche Nahrungsmittel] und in Autointoxication [a) von verschiedenen Organen (Gase aromatische Substanzen, Alkaloide) b) Ermüdungsmigräne c) harnsaure Diathese (Xanthinbasen)].

Bei seinem Heilungsbestreben zielte er darauf, den Stoffwechsel zu steigern, nicht nur die Ausscheidung der Toxine zu vermehren, sondern auch den Oxydationsprozess anzuregen. Auf chemischem Wege könnte man das höchstens durch Spermin (*Pöhl*), aber es ist zu teuer, und etwaige unerwünschte Nebenwirkung kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Den bisher angewandten und nur symptomatisch wirkenden Mitteln wie Chinin, Antipyrin ist das Gemeinsame, dass sie den Stoffwechsel verlangsamen; und wenn wirklich auch Salicylsäure die Harnsäureausscheidung vergrössert, so tritt doch nachher die entgegengesetzte Wirkung ein.

Es erweist sich als viel ratsamer, die Diurese und die Diaphorese anzuregen, und das kann man in hervorragendem Masse durch Dampfkastenbäder oder prolongirte Einpackungen mit nachfolgenden kalten Proceduren, wenn keine vorgeschrittene Erkrankung der Nerven oder eine Affektion der Gefässe, insbesondere Arteriosclerose vorliegt. Ebenfalls ist diese Procedur contraindicirt, wenn sie bei den Kranken Kopfschmerzen verursacht oder gar einen Migräne-Anfall auslöst.

Daneben verordnet er tägliche Bewegung im Freien, Zimmergymnastik, Einschränkung der geistigen Arbeit, entsprechende Diät (wenn überhaupt, nur einmal täglich Fleisch — kein Kaffee, Thee, Alkohol — als Tischgetränk Krondorfer — Milch oder Kefir) und Beseitigung etwaiger Obstipation (pulv. liq. compos., Tamarindenpräp., Calomel).

Mit seinen Erfolgen ist er ausserordentlich zufrieden; zum Beweis dessen teilt er 4 Krankengeschichten kurz mit.

Haskovec, Lad., Über die Akroparästhesie (Schultze). Wiener klin. Rundschau. No. 43—45.

Unter Akroparästhesie versteht *Schultze* eine selbständige Krankheit, die sich kundgiebt in Parästhesieen und Schmerzen an Händen oder Füssen, ohne dass eine organische Störung des centralen oder peripheren Nervensystems vorliegt.

V. beschreibt einen einschlägigen Fall sehr ausführlich; es waren vorhanden Parästhesieen und Schmerzen der rechten Hand, besonders des Mittel- und Zeigefingers, oft dadurch bedingte Schlaflosigkeit, mässige Röte der Haut, unbedeutendes Ödem über dem Handwurzelgelenk und der Finger; Nervenstämme, besonders der medianus, auf Druck auf der rechten Seite empfindlicher als auf der linken; Sensibilität und elektrisches Verhalten intakt; keine Hysterie, keine Neurasthenie, noch sonst ein Leiden des Nervensystems nachweisbar; unter Franklinisation des Nackens und des brachialen Geflechts zunehmende Besserung.

Eingehend bespricht V. die Differentialdiagnose und kommt zu dem Ergebniss, dass auf seinen Fall, wenn auch das Bestehen einer leichten, chronischen perineuritis, besonders des medianus und des plexus brachialis nicht mit Gewissheit ausgeschlossen werden kann, *Schultzes* Schilderung der Akroparästhesie am ehesten zutrifft. An der Hand eines ausführlichen Resumés, das er über die hierhergehörigen Arbeiten von *Schultze*, *Nothnagel*, *Rosenbach*, *Laquer*, *Friedmann*, *Oppenheim*, *Eichhorst* giebt,

entwickelt er seine Anschauung, dass die Akroparästhesie nach unsern bisherigen Erfahrungen kein einheitliches Krankheitsbild vorstellt; man muss vielmehr nach ihm hier unterscheiden:

1) Parästhesieen ohne vasomotorische Veränderungen (*Schultze*).
2) Primäre Parästhesie mit sekundären, vasomotorischen respective mit vasodilatatorischen, eventuell trophischen Veränderungen (*Rosenbach*),
3) Sekundäre Parästhesieen mit primären vasomotorischen, resp. vasoconstrictorischen Veränderungen (*Nothnagel*).

Zur ersten Gruppe rechnet V. die meisten Fälle von *Schultze*, zur zweiten seinen eigenen Fall. Allen diesen verschiedenen Formen ist gemeinschaftlich, dass das Leiden chronisch, nicht progressiv verläuft; es setzt meist um das 40. Lebensjahr ein und bevorzugt das weibliche Geschlecht; erbliche Belastung und Anämie findet sich häufig, als unmittelbares ätiologisches Moment oft rascher Temperaturwechsel; die Prognose ist im grossen und ganzen recht ungünstig.

Lunz, *M. A.*, Zwei Fälle von corticaler und Seelenblindheit. Deutsch. med. Woch. No. 38.

In beiden Fällen trat die Blindheit plötzlich ein im Anschluss an einen Insult, ohne dass sich an dem Auge oder der Pupillenreaktion etwas abnormes nachweisen liess.

Im ersten Fall hielt diese corticale Blindheit bis zum Tode der Patientin an; da sie zudem noch schwachsinnig war, so zeigte sich nur ein verwischtes Bild der Seelenblindheit; auf jeden Fall liess sich deutlich nachweisen, dass die optischen Erinnerungsbilder am meisten gelitten hatten.

Beim zweiten Fall ging die Blindheit bedeutend zurück; die Sehschärfe betrug $^1/_3$; das Gesichtsfeld war, besonders auf dem linken Auge stark verengert. Hier war der Verlust des Gedächtnisses an bisher erworbene, optische Vorstellungen sehr ausgeprägt, hauptsächlich bezüglich der Farbenempfindung (Farbenamnesie von *Willbrand*); ebenso konnte sich der Kranke viel schlechter im Raume orientieren als der gewöhnliche Blinde; die Vergleichung neuer optischer Vorstellungen mit den früheren zeigte sich ebenfalls sehr geschädigt.

Was das Wesen der Seelenblindheit angeht, so schliesst sich V. der Theorie von *Lissauer* an.

Brickner, *Walter*, Drei Fälle von seltenen Nervenaffektionen bei Geisteskranken. State Hosp. Bull. Jan.

1) Tic convulsif mit Copro- und Echolalie.

Ein 53 jähriger Pferdeknecht, Alkoholist mit mangelhafter Schulbildung, ohne ausgesprochene Erblichkeit, ohne Lues. Hat 7 ges. Kinder. Die Krankheit begann vor 6 Jahren. Der Beginn ist unklar. Verfolgungswahn. Ein böser Geist steckt in ihm, der die Bewegungen macht. Pat. zuckt in Einemfort mit den Gesichtsmuskeln, selten auch mit den Fingern beiderseits. Zwischendurch Convulsionen des Zwerchfells. Pat. erbricht in Einemfort wochenlang kleine Dosen. Dabei Wiederholung obscöner Worte und zeitweise Echolalie. Es handelt sich also um eine ausgesprochene Psychose.

2) Einfache senile Paraplegie.

Pat. ist jetzt 86 Jahre alt. Seit 10 Jahren zunehmende Verblödung. Seit einem halben Jahre entwickelte sich eine grosse Schwäche und schliesslich eine motorische Lähmung der beiden Beine, die in Atrophie der Muskeln übergeht. Dabei ist die Sensibilität erhalten, die Reflexe sind vielleicht etwas gesteigert, die Sphinkteren sind intakt. Die Sektion unterbleibt. Verf. nimmt eine Änderung in den motorischen Zellen der Rinde an, ohne sekundäre Degeneration der Pyramidenstränge.

3) Ataxic Peraplegia.

Die Bezeichnung stammt von *Gowers*, der damit die *Friedreich*'sche Ataxie meint, sobald dieselbe nicht ererbt ist, sondern erworben. Es handelt sich um einen 49jährigen schwachsinnigen Mann, der zeitweise trinkt. Starker Raucher. Keine Heredität, keine Lues. Hat Rheumatismus und Malaria gehabt. Krankheitsdauer $2^1/_2$ Jahr. Bei der Aufnahme in die Anstalt bereits sehr dement, kann frische Ereignisse nicht behalten; ist ohne alle Orientierung. War in letzter Zeit zunehmend verwirrt geworden, lief umher, gab Geld aus, fand sein Haus nicht mehr etc. In der Anstalt zunehmende Ataxie und Lähmung.

Elliot, Geistesstörung bei 2 Geschwistern. Ibidem.

Zwei Schwestern, eine 75jährige Wittwe und eine 65jährige Jungfrau erkranken an Paranoia, nachdem erstere nach einem Sturz von der Treppe von der Unfallkasse nicht soviel Rente erhalten, als sie erwartet. Im Anschluss daran bilden sich bei beiden Verfolgungsideen mit Halluzinationen des Gehörs und Gesichts. Wahnideen und Halluzinationen stimmten bei beiden Geschwistern ziemlich überein.

Mitchell, *John*, Kopfschmerz mit Gesichtshalluzinationen. The journ. of nerv. and ment. dis. Oktober.

Ein älterer Jurist leidet seit 3 Jahren, ohne nachweisbare Ursache, an anfallweise auftretenden Kopfschmerzen, zunächst nur alle 2—3 Monate, dann immer häufiger, schliesslich alle 5 Tage — doch nur in der Zeit von Mai bis Dezember, die übrigen Monate nicht. Zunächst kann Pat. nicht mehr sehen, dann tritt heftiger Kopfschmerz auf, dann sieht Pat. in der Ferne einen kleinen Zwerg, der immer näher kommt und immer grösser wird, schliesslich ein Gigant ist in Waffen, der ihm mit einer Keule auf den Schädel schlägt. Der Kopfschmerz wird dann immer heftiger, dann tritt Bewusstlosigkeit ein mit Convulsionen, während welcher Pat. z. B. längere Zeit im arc en cercle liegt. Der ganze Anfall hat schon 24 Stunden gedauert, meist aber nur 5—6 Stunden.

M. erwähnt dann noch eine 24jährige Dame, die seit Jahren an Migräne leidet. Auf der Höhe des jedesmaligen Anfalles zeigt immer ein ganz bestimmter Geruch von Veilchen an, dass die Schmerzen anfangen abzunehmen!

Rosenbach, P., Zur Casuistik der sexuellen Perversionen. Neur. Centralbl. No. 24.

Der erblich belastete Jüngling, der mancherlei andere psychische und auch somatische Abnormitäten aufwies, suchte zur Steigerung der geschlechtlichen Erregung beim Onaniren, wobei er sich in seiner Phantasie immer mit Knaben beschäftigte, in den Besitz von Harn eines Mannes zu gelangen; er nimmt dann den Urin in den Mund oder taucht seine Hände in den Harn oder benetzt damit seine Geschlechtsteile oder Wäsche; noch wirksamer erweist sich in Zersetzung begriffener Harn; hierin eingetauchte Tücher hängt er über seinem Bett auf.

Dann aber wird geschlechtliche Erregung auch ausgelöst durch Anblicken eines entgleisenden Waggons oder die Vorstellung dieses Vorganges.

Später liess er auch das weibliche Geschlecht — ebenfalls auch dies indirekt durch Harn oder schmutzige Wäsche — auf sich wirken.

Howard, William Lee, Psychischer Hermaphroditismus. Kurze Bemerkungen über sexuelle Perversion mit 2 Fällen von sexueller Inversion. The Alienist und Neurologist. No. 2.

H. ist auch der Ansicht, dass die sexuelle Perversion sehr ausgebreitet ist, weiter als man glaubt, dass sie zu allen Zeiten und bei allen Völkern bestanden hat. Ihre genauere Kenntnis ist namentlich für den Richter nötig. 9% aller Perversen stellen die Künstler, Musiker, Maler, Dichter u. s. w. Die Weiber sind mehr pervers als invers, d. h. homosexual. Dabei sind die Genitalien fast immer nach Aussehen und Funktion

normal. Die Inversion ist fast immer congenital, höchst selten erworben durch Umgang und dergl. — Es folgen dann zwei Krankengeschichten von perversen Männern, die nichts Besonderes bieten. Über Therapie ist nicht viel zu sagen! Man suche die Reize möglichst zu vermeiden, verbiete Theater, Gallerien und dergl.

Anschütz, Autobiographie. Psychiatrische und neurologische Bladen 2.

Verfasser veröffentlicht die Lebensbeschreibung eines conträr Sexualen. Derselbe hatte von Jugend anf einen stark sinnlichen Trieb, aber keinen Zug zur Frauenliebe. Der sinnliche Trieb richtete sich nur auf Berühren und Fühlen nackter Körperteile. Entsprechend den Vorstellungen, die von der Umgebung auf ihn einwirkten, war es in dem 14. bis 16. Jahre der Gedanke an Mädchen, der ihn vorschwebte, gleichzeitig aber und fast noch mehr reizte ihn der Gedanke an einzelne Mitschüler, und zwar trat besonders die Vorstellung dabei in den Vordergrund, dass er sich den geliebten Personen als Herrn und Diener hingeben müsste. Später erst stellte sich völlige Gleichgiltigkeit gegen das andere Geschlecht ein. Begnügte er sich anfangs bei dem gleichen Geschlecht mit dem Zusammenliegen von Körper und Körper, so kam es später in seinem 28. Jahre zu gegenseitiger Onanie und von da an wurde der sinnliche Trieb ein bewusst geschlechtlicher. Aber nur zur Befriedigung des Geschlechtstriebes kann der Schreiber niemand lieben. — Er verlangt, dass weder Onanie noch Tierliebe gehindert wird. Die Gesellschaft soll ein Kulturinteresse daran haben, „dass der Geschlechtstrieb den Liebhaber zwingt, die geliebte Person nicht blos zur Befriedigung des Geschlechtstriebes, sondern durch eine wahrhaft sinnlich geistige Liebe zu gewinnen.“ „Die Gesellschaft wird deshalb darauf hinzuwirken suchen müssen, dass jeder geschlechtliche Verkehr ohne rein geist-leibliche Gemeinschaft verpönt wird. Die homogene Liebe kann dieselben frivolen Eigenschaften entwickeln, wie die heterogene; wo also kein Interesse an möglichster Volksvermehrung vorhanden ist, hat die Gesellschaft kein Interesse an ihrer Einschränkung.“ *Serger.*

Näcke, P., Dämmerzustand mit Amnesie nach leichter Gehirnerschütterung, bewirkt durch einen heftigen Schlag ins Gesicht. Neurol Centr. No. 24.

V. selbst erhielt von einem Geisteskranken einen einfachen. aber äusserst heftigen Schlag mit der flachen Hand gegen die Mundgegend, fiel zu Boden, verlor die Besinnung, wurde auf ein Sopha gesetzt, erholte sich sodann, setzte die Krankenvisite fort und ging nach 10—15 Minuten

nach Hause. Von dem Schlag selbst und dem, was in der letztgenannten Zeitperiode passirte, hat *V.* auch nicht die allergeringste Erinnerung, obwohl er in diesen 10—15 Minuten eine Reihe komplicirter und geordneter Handlungen beging; trotz eifrigen Nachsinnens gelang es ihm nicht, diese Gedächtnisslücke auszufüllen. Es ist ausserordentlich interessant, dass eine so leichte indirekte Gehirnerschütterung neben der kurzen Bewusstlosigkeit noch den Dämmerzustand mit Amnesie hervorzurufen vermocht hat, und für den Gerichtsarzt ist diese Mitteilung von grossem Belang. *V.* schliesst mit einigen Bemerkungen über den grossen Wert der Selbstbeobachtung.

Kalischer, S., Ein Fall von Zwangsvorstellungen und Berührungsfurcht im Kindesalter. Archiv für Kinderheilkunde Bd. XXIV.

Bei einem 8jährigen, erblich nicht belasteten, körperlich leicht geschwächten Knaben von annähernd normaler Begabung finden sich deprimirte Stimmung, hypochondrische Empfindungen, Zweifelsucht, Berührungsfurcht, Zwangszustände mancherlei anderer Art, Vergiftungsideen. Der Patient steht den abnormen Empfindungen, Vorstellungen und Handlungen mit klarem Bewusstsein gegenüber und empfindet sie als krankhaft. Es folgen in dem Aufsatz einige allgemeine Bemerkungen über das Wesen, die Ursache und die Behandlung der Zwangsvorstellungen.

Cohn, Toby, Über Myasthenia pseudoparalytica gravis. Deutsch. med. Wochenschr. No. 49.

V. hatte Gelegenheit, in der *Mendel*'schen Klinik einen Fall zu beobachten, der kurz vorher bereits von *Wernicke* beschrieben war. Die Symptome waren im wesentlichen: Ptosis, Ophthalmoplegia externa bei erhaltener Pupillenreaktion, doppelseitige Lähmung des ganzen facialis, Schwäche der Kau- und Nackenmuskulatur, Schluck- und Sprachstörungen, Dyspnoe bei normaler Pulszahl, Parese der Körper- und Extremitäten-Muskulatur ohne stärkere Atrophie. Keine Störung der Sensibilität, erhöhte Patellarreflexe; die Kranke starb plötzlich, in einem Anfalle von Asphyxie. Damals (1893) konnte eine sichere Diagnose bei der Neuheit des Krankheitsbildes nicht gestellt werden; man vermutete eine amyotrophische Lateralsclerose mit hohem Beginn, ev. mit einer komplicirenden Hirnstamm-Erkrankung.

Bei der Sektion fand sich am Centralnervensystem nichts besonderes; bei der mikroskopischen Untersuchung sah V. im Rückenmark und Gehirn mehr oder weniger stark die Blutgefässe strotzend mit roten Blutkörperchen gefüllt; ausserdem im ganzen Hirnstamm, besonders in der Höhe des

oculomotorius-Kernes zahlreiche grössere und kleinere frische Hämorrhagieen: nach der Rinde zu nehmen diese Blutungen an Intensität und Häufigkeit ab. Diesen Befund fasste er aber mit Recht als eine agonale Erscheinung auf, eine Annahme, die recht gut passt zu dem unter den Erscheinungen der Aphyxie erfolgten Tode.

V. schliesst seinen Vortrag mit Bemerkungen über die Namonklatur des beschriebenen Leidens und hält die von *Jolly* gewählte Bezeichnung: Myasthenia pseudo-paralytica für die beste.

Bremer, Ludwig, On Cyclone-Neuroses and Psychoses. St. Louis.

Am 27. Mai 1896 wurde die Stadt St. Louis von einem Wirbelsturm heimgesucht, im Anschluss an den Verf. viele Neurosen und Psychosen zur Beobachtung bekam. Sie hatten klinisch grosse Ähnlichkeit mit den nach Eisenbahn-Unglücken auftretenden Neurosen. Es handelt sich um praedisponirte Individuen, bei welchen der durch den Cyclon verursachte Schrecken die Neurose auslöste. Die Mehrzahl seiner Beobachtungen rechnet der Verf. zur traumatischen Hysterie; an zweiter Stelle kommt die traumatische Neurasthenie; dann sah er mehrere Fälle von Chorea, Epilepsie und einen Fall von Paralysis agitans. Auffallend häufig trat die damals dort herrschende Malaria auf, so dass er vermutet, der durch das elementare Ereignis erzeugte Schrecken habe den Organismus ungünstig beeinflusst und parasitären und infectiosen Momenten gegenüber weniger widerstandsfähig gemacht.

Psychosen traten weniger häufig nach dem Cyclon auf; während desselben wurden transitorische Verwirrtheitszustände, tranceartige Zustände beobachtet mit späterer Amnesie.

Nach der Meinung guter Beobachter soll nicht nur das Nervensystem vieler Menschen, sondern auch vieler Haustiere durch den Cyclon ungünstig beeinflusst worden sein.

Bayley, Pearce and *Ewing, James,* A Contribution to the Study of Acute Ascending (Landry's) Paralysis. Reprinted From The New-York Medical Journal, July 4 and 11 1896.

Zuerst wird ein Fall von acuter Landry'scher Paralyse beschrieben; der Fall endete tötlich; Gehirn und Rückenmark wurden mikroskopisch untersucht. Die besten Resultate ergab die Nissl'sche Färbung. Es fanden sich Veränderungen bes. der grauen Substanz in Gehirn, medulla obl. und Rückenmark mit dem Charakter einer exsudativen Entzündung, Degeneration der Ganglienzellen und perivasculärer zelliger Infiltration. Im Sacralteil des Rückenmarks; in den Hinterhörnern und Nervenwurzeln

fanden sich nur minimale Veränderungen. Es wird dann eine tabellarische Übersicht über alle tötlich verlaufenen Fälle gegeben, bei denen die mikroskopische Untersuchung vorgenommen wurde.

Es finden sich

1) Fälle ohne histol. Veränderungen; dies wird der Mangelhaftigkeit der Untersuchungsmethoden zugeschrieben.
2) Fälle mit Veränderungen im Centralnervensystem.
3) Fälle mit Veränderungen in den peripheren Nerven.
4) Fälle mit Veränderungen im Centralnervensystem und den peripheren Nerven.

Klinisch ist die Landry'sche Paralyse nicht immer von anderen Affektionen zu unterscheiden, spec. der Polyomyelitis anterior. Der Bacillenbefunde wird gedacht.

Nach den Verfassern handelt es sich um eine akute Intoxication, bei welcher das toxische Agens vornehmlich das Nervensystem trifft.

Spiller, W. M. G., An Unusual Case of Hemiplegia. The Journal of Nervous and Mental Disease. July No. 7.

Es handelt sich um einen 39jährigen Dänen, der mehrere Sprachen beherrscht. Keine Heredität, keine Lues. Eines Tages rettet er unter grosser Anstrengung zwei Leute vom Ertrinken. Am folgenden Tag wird er mehrfach bewusstlos; die Beine sind gelähmt, später auch die Arme. Ins Hospital gebracht liegt er dort 2 Tage bewusstlos; nach dem Erwachen ist die rechte Seite gelähmt und (scharf abgegrenzt) anästhetisch. Er verstand in der kommenden Zeit zwar auch fremde Sprachen, die er vorher beherrschte, konnte aber nur in dänischer Sprache antworten. Schwedisch lernte er 3 Jahre später, als er sich $1^1/_2$ Tag in Schweden befand, plötzlich wieder. Die anderen Sprachen, die er gekannt, klingen ihm bekannt, aber er versteht sie nicht.

Die Hemiplegie besteht noch; die Anästhesie ist geschwunden.

Es handelt sich wohl, wie auch Verf. annimmt, um eine hysterische Hemiplegie.

Dercum, F. X., Three Cases of The Family Type of Cerebral Diplegia. Ibidem.

Drei Knaben, Brüder, im Alter von 11, 6 und 2 Jahren leiden an spastischer Diplegie und sind Idioten resp. Imbecille. Alle 3 waren von Geburt normal. Der erste Knabe bekam im zweiten Lebensjahr allgemeine Krämpfe, nach denen sich die Diplegie entwickelte; bei den andern trat sie nach Masern auf.

Das vierte Kind der Familie ist körperlich und geistig gesund. Heredität ist kaum vorhanden.

Mehrere Fälle aus der Literatur werden angeführt; meist sind es schwer belastete Idioten.

Dercum, F. X., and *Leopold*, A Case of Primary Neurotic Atrophy. Ibidem.

Ein typischer Fall von primärer neuraler Muskel-Atrophie, bei welchem zur Besserung der Equino-Varusstellung die Tenotomie mit leidlichem Erfolg gemacht wurde.

Simpson, Francis O., A Case of Tabes Dorsalis with Delusional Insanity. Ibidem.

Ein Fall von Tabes mit Geistesstörung, der interessant erscheint, weil die luetische Infektion sicher festgestellt ist, die Differentialdiagnose der progressiven Paralyse im Beginn Schwierigkeiten machte, und weil eine länger andauernde Remission eintrat, die noch andauert.

Haynes, W. H., A Case of Myotonia congenita. Ibidem.

Es handelt sich um einen Fall mit ähnlichen spastischen Erscheinungen, wie sie bei der Myotonia cong. beschrieben sind. Der Fall ist selten und lässt sich diagnostisch nicht leicht rubriciren; es handelt sich wahrscheinlich um einen congenitalen Defekt.

Vincent, W. I., Mania with Amaurosis and Paralysis: Suspected Glioma. The Journal of Mental Science. Juli.

Verfasser teilt einen Fall mit, in dem offenbar ein Gehirnleiden vorliegt, dessen Charakter ihm aber grosse Schwierigkeiten machte. Nach Ausschliessung anderer Möglichkeiten kommt er zur Annahme, dass es sich wahrscheinlich um eine Neubildung an der Gehirnbasis handelt, und aus dem Verlauf glaubt er auf ein Gliom schliessen zu dürfen.

Bayley Weston, Erbliche spastische Paraplegie. The journ. of nerv. and. ment. dis. November.

Verf. konnte die primäre laterale Sklerose in derselben Familie durch 5 Generationen verfolgen! Beim Stammpaar war die Mutter afficirt und 2 Söhne, von denen einer verschollen ist. Von den 9 Kindern des einen Sohnes (2. Generation) starb eins in der Kinderzeit, 5 sind gesund, 3 krank. Die 5 gesunden Geschwister dieser 3. Generation haben gesunde Kinder. Die 3 kranken Geschwister hinterlassen

zusammen 8 kranke Kinder! Von diesen, also von der 4. Generation ist nicht genau zu ermitteln, wieviel Kinder bestehen; jedenfalls ist ein Kind als krank gemeldet! —

Kassowitz, Tetanie und Autointoxication im Kindesalter. Wiener Mediz. Presse No. 4 und 5.

Auf Grund der an einem ausserordentlich grossen Material gemachten Beobachtungen kommt der bekannte Autor zu verschiedenen Schlüssen:

1. dass in der Ätiologie der Kindertetamie gastro-intestinale Störungen (acute und chronische) eine bes. Rolle nicht spielen. Die Affektionen des Gastro-Intestinaltraktus treten vornehmlich in den heissen Monaten auf, während die Tetanie eine Krankheit der kalten Jahreszeit ist;
2. dass die Kindertetanie in enger Beziehung zur Rhachitis steht.
   a) Beide treten in derselben Jahreszeit in besonderer In- und Extensität auf.
   b) Fast ohne Ausnahme weisen die von Tetanie befallenen Kinder Symptome florider Rhachitis auf. *Kassowitz* bekommt bei seinem grossen Material ausserordentlich selten Tetanie bei einem nicht rhachitischen Kinde zu Gesicht.
   c) Rhachitis und Tetanie treten im selben Lebensalter auf und zwar vornehmlich im ersten und zweiten Lebensjahre.
   d) Die Tetanie wird bei rhachitischen Kindern durch Phosphorbehandlung prompt beseitigt;
3. dass die Tetanie fast nur bei den ärmeren Klassen auftritt

Kassowitz führt die sämmtlichen neuromuskulären Krämpfe der rhachitischen Kinder mit Einschluss der Tetanie auf eine Reizung corticaler Centren zurück, die durch den entzündlich hyperämischen Zustand der benachbarten Schädelknochen hervorgerufen wird. Diese Annahme hat sehr viel für sich, aber allen Thatsachen vermag auch sie nicht gerecht zu werden. Infolgedessen findet *Kassowitz* ein weiteres ätiologisches Moment in den hygienischen Verhältnissen, unter denen die an Tetanie erkrankenden Kinder leben. Bei wohlhabenden rhachitischen Kindern findet sich selten Tetanie.

Als ätiologisch wichtig dürfte schliesslich die neuropathische Anlage anzusehen sein. Mehrfach fand *Kassowitz* bei den Müttern seiner Tetanie-Kinder das Facialisphänomen. Weitere Erfahrungen bleiben abzuwarten. Die Lehre von der Autointoxikation bei der Tetanie dürfte durch die Theorie und die Beobachtungen von *Kassowitz* bedenklich erschüttert sein.

Hugh-Patrick, Ein Fall von Syringomyelie mit Anästhesie. The journ of nerv. and. ment. dis. Oktober.

Ein 44jähriger, intelligenter, erblich nicht belasteter Mensch, der immer gesund war, erleidet vor 10 Jahren eine Verletzung. Ein ziemlich grosses Gewicht trifft ihn aus grosser Höhe auf Schultern und Rücken, wobei auch das Abdomen einen derben Stoss erlitt. Nach einigen Tagen ohne Schmerzen. Nach einem halben Jahre Schwäche und Gefühl von Taubsein in den Beinen, allmählich zunehmend. Nach einem Jahre dasselbe in den Armen. Dabei Schmerzen im Rücken. — Jetzt ist der Gang spastisch, mäßig unsicher, die Muskeln der Beine leicht paretisch; die Muskeln der Arme weniger, der Händedruck herabgesetzt. Die mm. interossei atrophisch, links mehr als rechts. Stellenweise Entartungsreaktion, ebenso in den Muskeln des oberen Rückens. Der m. supraspinatus kontrahirt sich bei geringem Reiz schon für längere Zeit, wie bei der Thomsen'schen Krankheit. Kniephänomen gesteigert, Fussklonus. Die Hirnnerven intakt. Die Sensibilität ist normal bis auf folgenden Befund: Es besteht Anästhesie auf dem Rumpfe vorn von der dritten Rippe bis etwas über den Nabel, hinten vom dritten Dorsalfortsatz bis zum elften Wirbel. Die Anästhesie geht nach unten an der Innenseite des Oberarms bis zur Hand, rechts endend vor dem kleinen Finger, links sich erstreckend über die ganze Hand mit Ausnahme des Daumens. Dabei besteht Analgesie und Schwund des Temperatursinnes an denselben Stellen, am Rumpf vorn und hinten noch etwas tiefer nach unten reichend. —

Hugh-Patrick, Ein Fall von Poliencephalitis. Ibidem.

Patientin ist 30 Jahre alt, erblich nicht belastet. Die Krankheit begann vor $^5/_4$ Jahren mit dem Gefühl des Heisshungers, das nach drei Wochen wieder schwand. Dann traten Schluckbeschwerden auf, Gesichtsstörungen, Diplopie, Gefühl von Dicke und Plumpheit der Zunge, allgemeine Körperschwäche, namentlich in den Oberarmmuskeln. Keine Kopfschmerzen, keine cerebrale Störungen. Die Untersuchung damals, d. h. vor 1 Jahr, ergab, dass die laterale Beweglichkeit der Augen sehr behindert, die vertikale besser war. Die Pupillen reagirten auf Licht, nicht auf Akkommodation. Gesichtsmuskel schlaff. Zunge schwer beweglich, das Schlucken erschwert. Die mm. Deltoidi schwach, aber nicht atrophisch, reagiren auf faradischen Strom. Kniephänomen erhalten. Nach 10 Tagen Exitus unter den Erscheinungen des Erstickens. In der Trachea post mortem viel Schleim, keine Fremdkörper. Sonst ergab die Autopsie nichts. Die mikroskopische Untersuchung ergab hier und da Spuren von Degeneration, im allgemeinen war der Befund negativ. —

Fry, Frank, Ein Fall von Paralysis agitans im 34. Lebensjahre nach Typhus. The journ. of nerv. and ment. Dis. August.

Ein jetzt 37jähriger, früher völlig gesunder, erblich in keiner Weise belasteter Farmer leidet jetzt seit 3 Jahren an typischer Chorea im Anschluss an einen Typhus mittleren Grades. Derselbe dauerte vier Wochen; nach weiteren 14 Tagen nahm Pat. die Arbeit wieder auf, wobei er aber sehr rasch immer ermüdete. Es stellte sich dann sehr rasch ausgesprochene Chorea ein, die jetzt, wie gesagt, 3 Jahre besteht. —

Krewer, L. R. Vier Fälle von akuter aufsteigender Spinallähmung. Landry'sche Paralyse, beobachtet in dem Obrchowschen Krankenhause für Frauen. Rundschau für Psychiatrie etc. November-Dezember 1896.

Von diesen 4 Fällen endeten 3 durch Tod, 1 mit Genesung. Den Verfasser interessirte besonders die pathol. Anatomie und Ätiologie dieser Krankheit. Die drei mit Tode abgegangenen Fälle wurden secirt und das Rückenmark und die peripherischen Nerven eingehend mikroskopisch untersucht. In allen drei Fällen fanden sich ganz gleiche pathologisch-anatomische Veränderungen und zwar in den peripherischen Nerven eine chronisch-degenerative Neuritis (oder Nervenatrophie), im spinal-verlängerten Mark — akute, diffuse — degenerative Myelitis. Was die Ätiologie dieser 4 Fälle anbelangt, so wurde in 3 Fällen chronischer Alkoholismus konstatirt, in dem 4. mit Genesung endendem Falle war Verdacht auf Syphilis. Ausserdem hatten 3 Patientinnen kurz vor der Erkrankung Influenza durchgemacht, die 4. aber litt an Tuberkulose. Indem Verf. seine Beobachtungen mit den in der Litteratur bekannten Fällen vergleicht, kommt er zu der Ansicht, dass die akute aufsteigende Spinallähmung keine selbstständige Krankheit, sondern eine multiple Neuritis sei, welche, auf das Rückenmark übergegangen, sich in demselben rapid bis zu dem Verlängerten-Mark ausbreitet und zum Tode führt durch Lähmung wichtiger Centren z. B. des Atmungs-Centrums. Der Verf. nimmt an, dass die Landry'sche Paralyse 3 Stufen oder Grade durchlaufe.: 1) die neuritische, 2) spinale und 3) die bulbäre. Die letzten beiden Grade können auch eintreten, wenn der erste noch besteht oder vorher abgelaufen war. Der erste Grad kann ohne weitere Übergänge für sich allein verlaufen. Der Übergang in den 2. und 3. Grad oder Stufe ist immer abhängig von anderen zufälligen Erkrankungen und zwar grösstenteils Infektions-Krankheiten. Der neuritische Grad der Landry'schen Paralyse hat fast immer einen chronischen Verlauf und entsteht zum grössten Teil infolge von Vergiftung.

dem Einwirken toxisch wirkender Materien auf das Nervensystem (Alkohol, Blei, Arsen, Syphilis, Tuberkulose, Diphtheritis etc). In gewöhnlichen Fällen bleibt die Krankheit ohne Veränderung lange Zeit hindurch in dem ersten Grade und geht nur selten in den zweiten Grad über und grösstenteils, wie dies schon hervorgehoben, unter dem Einflusse dieser oder jener akuten Erkrankung wie z. B. Influenza Typhus u. s. w.

Der Umstand, dass die Landry'sche Paralyse oft ohne die Symptome (klinische) der multiplen Neuritis beobachtet werden kann, ja dass dieselben selbst in der Anamnese des Kranken nicht gekennzeichnet werden, steht nach der Anschauung K.'s durchaus nicht im Widerspruch mit der unmittelbaren Zusammengehörigkeit dieser beiden Erkrankungs-Formen. Die multiple Neuritis als chronische Form verläuft gewöhnlich so langsam und versteckt, die klinischen Symptome aber sind häufig so unbedeutend und nichtssagend, dass sie weder von dem Patienten noch Arzte beachtet werden. Die Kranken klagen nicht selten nur über eine gewisse Schwäche in den unteren oder oberen Extremitäten, über parästhetische Gefühle oder Schmerzpunkte, Erscheinungen, die ihrer Unbedeutenheit wegen, die Aufmerksamkeit nur wenig auf sich lenken, oder auch als neurasthenische, hysterische oder andere funktionelle Störungen des Nervensystems angesehen werden. Aus diesem Grunde ist Verf. der Meinung, dass ähnliche, wenn auch noch so unbedeutende Erscheinungen eine grössere Beachtung verlangen, besonders aber dann, wenn in der Anamnese auf irgend welche chronische Intoxikationen des Körpers, wie z. B. durch Alkohol, Blei, Arsen etc, oder auch auf überstandene oder noch bestehende allgemeine Erkrankung des Organismus, Syphilis, Tuberkulose, Diphtheritis, Lepra u. s. w. hingewiesen wird. Es ist mehr als wahrscheinlich, dass, wenn diesen Erscheinungen eine grössere Aufmerksamkeit gewidmet würde, es sich herausstellen würde, dass die chronische multiple Neuritis viel häufiger konstatirt werden könnte, als dies bis jetzt der Fall ist. Die allgemeinen Schlussfolgerungen des Verf. lassen sich in folgenden Thesen zusammen fassen:

1) Die Landry'sche Paralyse ist nichts anderes, als eine auf das Rückenmark übergegangene Neuritis multiplex, welche sich rasch in demselben, grösstenteils nach oben hin, (bisweilen aber auch nach unten) ausbreitet, und infolge des Übergreifens auf wichtige Lebenscentren, auf dem Grunde des IV. Gehirnventikels zum Tode führt.
2) Damit die akute aufsteigende Spinallähmung neben der Neuritis multiplex erkannt werde, ist es in der überwiegenden Anzahl der Fälle unbedingt erforderlich, dass noch eine zufällige nebensächliche Ursache in der Form einer infektiösen Krankheit hinzutrete. Die Landry'sche Erkrankung tritt daher

grösstenteils als Komplikation oder Begleiterscheinung anderer akuter Erkrankungen auf.

3) Im klinischen Bilde der Landry'schen Paralyse ist das charakteristische der progressive Verlauf der Paralyse, nicht aber die Richtung, in welcher sie verläuft.

4) Vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus kennzeichnet sich die Landry'sche Paralyse als verschärfte, degenerative, chronische Neuritis multiplex und akute, diffuse, degenerative Myelitis. — „Polyneuritis degenerativa parenchymatosa subakuta et myelitis degenerativa parenchymatosa akuta diffusa."

A. v. Rothe.

Harris, Wilfried: Hemianopsia, with especial reference to its transient varieties. Brain 1897.

Verf. formulirt die Resultate seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen:

Hemianopsie, selten binesel, meist lateral und linksseitig und mit Einengung des Sehfeldrestes, kann vorübergehend bei Hysterie vorkommen.

Plötzliche H. infolge von Gefässläsion des cuneus kann mit Sehstörung bis zur völligen Blindheit des Sehfeldrestes beginnen.

Die vertikalen Centren sind nicht in Centren für Licht, Form und Farbe getrennt, vielmehr kann Hemiachromatopsie bei jeder Läsion zwischen chiasma und cortex erscheinen.

Quadrant-H. kann die Folge einer Läsion in der inneren Kapsel sein, wenn sie auch gewöhnlich Folge von Rindenläsion ist.

Bei absoluter transienter H. geht die Trennungslinie stets durch den Fixirpunkt, dessen vertikales Centrum weniger kompleter Zerstörung ausgesetzt ist und sich rasch erholt. Bei persistirender H. beruht hierauf die Fähigkeit centralen Sehens oder auf der Einwirkung eines neuen Fixirpunktes in der Retina.

Bei doppelter H. kann sich ein schmales Feld centralen Sehens erhalten oder wiederherstellen.

H. bei Migräne hängt mit einer epileptischen Entladung des entsprechenden Rindencentrums zusammen, die in manchen Fällen sich zu halbseitigen Konvulsionen oder typischen Anfällen erweitert.

Herde vaskulären Ursprungs in der Nähe der Seh-centren oder -bahnen können Ursache transienter H. von 24stündiger Dauer und mehr sein. Solche transiente H. ist nicht selten mit halbseitigen Anfällen bei progr. Paralyse verbunden, kann bei Urämie auftreten, ist aber selten bei Jackson'scher Epilepsie.

Hemianopische Lichterscheinungen sind durch Entladungen im cuneus verursacht, hemianop. Hallucinationen entstehen wahrscheinlich im gyr. angul. durch einen reflectorischen Reiz vom cuneus oder den optischen Bahnen aus. *Matusch.*

Brasch, Martin. Ein Fall von motorischer Aphasie bei einem Kinde im Frühstadium eines akuten Exanthems. Berlin. Klin. Woch. No. 2.

Ein Mädchen von 3 Jahren 10 Monaten, das sich bisher durchaus normal entwickelt, zur rechten Zeit gehen und sprechen gelernt, beginnt plötzlich bei Nacht zu deliriren und halluziniren. Am folgenden Morgen Scharlach-Exanthem mit hohem Fieber. Urin ohne Eiweis. Nach einer Woche waren Fieber und Störungen seitens des Sensoriums geschwunden, aber die kleine Pat. hatte die Sprache verloren, sie konnte gar nicht sprechen, während sie alles Gesprochene verstand. Sonst keine Lähmungserscheinungen, keine Albuminurie. Nach weiteren 10 Tagen werden nachts einige Worte gesprochen, wenn auch noch undeutlich. Nach weiteren $2^1/_2$ Wochen konnte das Kind als genesen betrachtet werden, nur wurden noch beim Sprechen die einzelnen Silben der Worte langsam und gedehnt auseinandergezogen. Die Sprache erschien dadurch gegen früher im Ganzen etwas verlangsamt und singend, aber inhaltlich und artikulatorisch durchaus korrekt. Das Kind zeigte Erinnerung für einzelne Daten im Verlaufe der Krankheit.

Brasch glaubt, dass die Aphasie im Kindesalter mindestens so häufig beobachtet wird als bei Erwachsenen. Ausser Trauma und Abscess figuriren als Ursache: Psychische Traumen, Indigestion, Insolation u. s. w. Obenan stehen die Infektionskrankheiten, und abgesehen von Tuberkulose namentlich der Typhus abdominalis, dann kommen im weiteren Abstand die übrigen akuten Infektionskrankheiten, — besonders selten Scarlatina! Bei den bisher beobachteten Fällen handelt es sich um Aphasie, entstanden im Verlauf einer Scharlachnephritis, unter dem Bilde der Urämie verlaufend, mit halbseitiger Lähmung. Bisher handelte es sich immer um Lähmung mit Aphasie bei Nephritis scarlat., nur in einem Fall (*Shepherd*) bestand Lähmung ohne Nephritis. — Aphasie bei Scarlatina ohne Lähmung und ohne Nephritis scheint bisher nicht beobachtet zu sein. — Die postscarlatinösen Aphasien haben ebenso wie die posttyphösen eine günstige Prognose. Das kindliche Gehirn wird leicht aus dem labilen Gleichgewicht gebracht, ist aber auch geneigt, sehr rasch in die frühere Ruhelage zurückzukehren. — Ferner glaubt *Brasch*, dass beim kindlichen Gehirn das vicariirende Eintreten anderer Gehirnteile viel rascher als beim Erwachsenen zustande kommt. — *Brasch* glaubt in seinem Falle die

Aphasie auf rein toxischem Wege entstanden. Bei Kindern überwiegt die motorische Aphasie. —

Laehr, M., Lepra und Syringomyelie. Differentialdiagnostische Bemerkungen. Berl. Klin. Woch. No. 3.

Lepra und gewisse Nervenkrankheiten haben oft grosse Ähnlichkeit, namentlich Lepra mit Syringomyelie und Morvan'scher Krankheit. Die von *Morvan* als selbständige Krankheit hingestellte parésoanalgesie à panaris des extrémités supérieures ist ein Gemisch von verschiedenen Krankheiten, die Fälle sind wenigstens zum Teil Syringomyelie und zum Teil Lepra nervosa.

Laehr will sich nur mit der Differentialdiagnose zwischen Lepra und Syringomyelie befassen.

Die pathologischen Produkte der Lepra beherbergen den Hansenschen Bazillus. Er ist der Krankheitserreger. Die Krankheit wird begünstigt durch eine hereditäre. resp. familiäre Veranlagung, ungesunde Lebensweise, Unreinlichkeit, einseitige Nahrung u. a. Die pathologischen Prozesse der Haut lokalisiren sich in der Umgebung der Cutisgefässe und sind schon frühzeitig in den feineren Aesten der peripheren Nerven nachzuweisen. Die pathologischen Befunde in den Nerven werden immer spärlicher, je weiter spinalwärts untersucht wird. Die hintern Wurzeln und das Rückenmark werden meist intakt gefunden. Mit *Hansen* und *Looft* glaubt *Laehr*, dass die maculo-anästhetische Lepra charakterisirt ist durch die von den Lepra-Bazillen direkt hervorgerufene Affektion der Haut und der Nerven und durch die sekundäre tropho-neurotische Affektion der Muskeln, Knochen und Gelenke der Haut und Sinnesorgane.

Anders ist es bei der Syringomyelie. Hier nehmen die pathogenetischen Prozesse ihren Ausgangspunkt in den centralen Teilen des Rückenmarks, bewirken hier ausgedehnte Gewebszerstörungen bis zu weitreichenden Höhlenbildungen. Die Syringomyelie ist auch keine hereditäre, resp. familiäre Infektionskrankheit. Die Lepra nervosa kann in ihrer Weiterentwicklung einen Stillstand machen, die Syringomyelie nicht, sie endet stets letal. Beide Krankheiten beginnen schleichend; oft entdeckt man plötzlich bei irgend einer Gelegenheit eine anästhetische Hautstelle. Die Lepra verrät sich aber meist schon früher durch allerlei nervöse Beschwerden, Parästhesieen, rheumatoide Beschwerden u. dgl. Den Lepra-Bazillus kann man nicht immer nachweisen, wenn man nicht grade gleich ein Stück Nerv ausschneiden. will.

Die klinischen Erscheinungen beider Krankheiten sind: circumscripte Anästhesie, Muskelatrophie und sog. vasomotorisch-trophische Störungen der Haut, Knochen und Gelenke. Hiervon abhängig kommt

es später zu Verstümmelung an den Endgliedern der Extremitäten. Bei Lepra treten die ersten Symptome sehr regellos auf, am Rumpf, im Gesicht, an den Extremitäten, bei letzteren meist erst an den unteren. Bei Syringomyelie meist erst an den oberen Extremitäten, das Gesicht bleibt in der Regel frei. Bei Lepra treten multiple pigmentirte Hautflecken auf, es kommt zu häufig recidivirenden schmerzhaften Gelenkschwellungen, während die Arthropathien bei Syring. schmerzlos sind. Die leprösen Hautstellen verlieren die Fähigkeit, Schweiss zu secerniren, bei Syringomyelie besteht oft Hyperhidrosis. — Beide Krankheiten verlaufen mit Muskelatrophieen. Bei Lepra befällt die Atrophie die kleinen Fuss- und Handmuskeln, erst später die Muskeln von Unterarm und Unterschenkel. Bei Syring. werden die Muskeln von Oberarm und Oberschenkel zuerst afficirt. —

Die lepröse Anästhesie weist in der Regel neben der Störung der Schmerz- und Temperaturempfindung auch eine Beeinträchtigung der tactilen Hautempfindlichkeit auf, während bei Syringomyelie eine dissociirte Anästhesie vorliegt, d. h. nur die Schmerz- und Temperaturempfindung beeinträchtigt ist. Freilich nicht ausnahmslos! Die Lepra zeigt regellos über den ganzen Körper verstreute Plaques von verschiedener Grösse und Form, ähnelnd namentlich an den Extremitäten den hysterischen Anästhesieen. Bei Syring. sind die anästhetischen Stellen mehr längs gerichtet, bei den Armen an der Aussen- und Innenseite, an den Beinen hinten und vorn, entsprechend der Erkrankung bestimmter Rückenmarkssegmente. — Bei Syring. kommt es zu Kypho-Skoliosis, Störung der Blasen- und Mastdarmfunktion, oft zu spastischen Erscheinungen an den untern Extremitäten. Bei Lepra sind die Sehnenreflexe nicht gesteigert, normal oder abgeschwächt. Bei Lepra findet man häufig schon früh spindelförmige Verdickung peripherer Nerven, namentlich an Peroneus u. Ulnaris; die Nerven sind druckempfindlich; bei Syringomyelie besteht Druckanalgesie. Bei Lepra weitverbreitete Drüsenschwellungen, bei Syring. nicht. — Die Lepra ist eine multiple Affektion der Haut und der peripherischen Nerven, die Syringomyelie eine centrale Erkrankung bestimmter Rückenmarkssegmente.

Zamuzal, Josef, Ein Fall von chronischem Gehirnabscesse mit Durchbruch ins Antrum frontale. Wiener Med. Woch. No. 21.

Ein Förster erhielt vor 10 Jahren mit einem Stock einen Schlag auf die linke Stirn mit Hautverletzung, die bald heilte. Seit 2 Jahren heftiger, meist linksseitiger Stirnkopfschmerz. — Zwei Tage vor dem Tode unstillbares Nasenbluten, später Entleerung einer grossen Menge

Eiters. Dabei zuerst psychische Erregung, dann Apathie bis Sopor. Der weiche Gaumen nicht gelähmt, Sprache schnüfflig, erschwerte Aussprache mit Beschränkung der Mundöffnung. Kein Fieber. Ausser der Lähmung des nerv. fac. u. hypoglossus keine Lähmungserscheinungen. Diagnose: chronischer Hirnabscess im linken Stirnlappen; besonders ist beteiligt der Gyrus front. III, und am meisten in seinem vorderen Teil. Z. glaubt, dass das Hauen vor 10 Jahren den Abscess verursachte. Durch Mitbeteiligung und Entzündung der Hirnhäute kam es zu Verklebung derselben mit dem Stirnbein; dann wurde die hintere Wand des Antrum front. allmählich usurirt und schliesslich durchbrochen. — Die Sektion scheint unterblieben zu sein.

Bijl, C., Beiträge zur Casuistik vom Othaematom. Psychiatrische Bladen 5 und 6.

Auf der Versammlung der niederländischen Gesellschaft für Psychiatrie im Jahre 1892, auf welcher die Frage des Othaematoms zur Diskussion stand, war man zu dem Schluss gekommen, dass das Othaematom meistens infolge eines Traumas entsteht, und dass der mechanische Insult nur sehr gering zu sein braucht, ausser der mechanischen Ätiologie käme die neurotisch-dyskrasische in betracht. Der Standpunkt von *Gudden*, welcher jeden Wärter entliess, auf dessen Abteilung ein Othaematom vorkam, konnte keine Billigung finden. Verf. veröffentlicht, um die Nichtigkeit dieser Meinung zu befestigen, einen Fall von Othaematom, welchen er bei einem 42 Jahre alten Wärter beobachtet hat. Die Blutgeschwulst hatte sich hier ohne irgend welche erkennbare Veranlassung langsam entwickelt. Dass eine Schädlichkeit während des Schlafes — durch Aufliegen auf der Bettkante — eingewirkt haben könnte, konnte natürlich nur vermutet werden; irgend welcher Anhalt fand sich dafür nicht. Verf. vermutet weiter eine Erkrankung des Knorpels. — Jedenfalls beweist der Fall, dass Othaematom ohne irgend welche auffindbare Ursache bei einem körperlich und geistig gesunden Individuum auftreten kann. *Serger.*

Bruns, L., Über einige besonders schwierige und praktisch wichtige differentiell-diagnostische Fragen in Bezug auf die Lokalisation der Hirntumoren. Wiener Klin. Rundschau No. 45/46.

Für die chirurgische Behandlung der Gehirntumoren, die allerdings bisher nur 4—8 % Heilungen aufzuweisen hat, ist die Lokaldiagnose von der allergrössten Bedeutung.

Dass die bisher als für Kleinhirntumoren charakteristisch angesehene

cerebellare Ataxie, die Dimarche de l'ivresse von *Duchenne*, auch bei Stirnhirntumoren vorkommen kann, hat zuerst ausdrücklich *Bruns* betont. Da diese beiden Affektionen aber auch noch in anderen Symptomen übereinstimmen können, wie in tonischen Anfällen, in dem Sitze des Kopfschmerzes (Stirn sowohl wie Nacken), in dysarthrischen Störungen, und da das Stirnhirn sowohl wie das Kleinhirn relativ oft der Sitz von Geschwülsten ist, so ist eine Unterscheidnng oft zu treffen, und sie ist zudem von grosser praktischer Wichtigkeit, da nur der Stirnhirntumor die Möglichkeit einer chirurgischen Entfernung zulässt. Eine Differentialdiagnose ist aber meist möglich mit Berücksichtigung der Nachbarschafts- und Allgemeinsymptome! Zu Gunsten einer Stirnhirnataxie sprechen Monoplegie, Jackson'sche Couvulsionen, tonische Ablenkung des Kopfes und der Augen nach einer Seite, motorische Aphasie, Läsion eines opticus oder tractus opticus, einseitige Anosmie, einseitige Oculomotorius oder Abducens-Lähmung, Witzelsucht. — Für cerebellare Ataxie sprechen Paraplegie, alternirende Hemiplegie, Blicklähmung nach einer Seite mit gekreuzter Hemiplegie, doppelseitige Augenmuskellähmung, Lähmung des facialis oder acusticus.

Er bespricht dann die Bedeutung der homonymen Hemianopsie für die Lokaldiaguose der Hirntumoren; bei deren Sitz im Occipitallappen ist sie unkomplicirt oder mit optischen Reizerscheinungen, Hallucinationen, eventuell auch mit Seelenblindheit verbunden; sitzt der Tumor tief im Mark, was bei einer rechtsseitigen Hemianopsie zu vermuten ist, wenn daneben von Anfang an noch Alexie und optische Aphasie bestanden haben, so ist eine Operation unausführbar.

Des Ferneren betont er die Schwierigkeit, einen Tumor der Centralwindungen von einem solchen der benachbarten Gegend zu unterscheiden, und illustrirt dies an einem Fall, wo selbst er sich geirrt hat.

Schliesslich bespricht er die percutorischen Erscheinungen am Schädel, nicht sowohl die percutorische Empfindlichkeit, als auch besonders die Tympanie und das Bruit de pot filé, das Scheppern. Sind sie ausgeprägt und ausgedehnt, so stützen sie die Allgemeindiagnose (Hirngeschwulst), sind sie aber deutlich umschrieben, so sind sie auch für die Lakalisation zu verwerten, besonders dann, wenn deren Sitz mit den klinischen Symptomen übereinstimmt; man kann in einem solchen Fall weiterhin annehmen, dass der Tumor unter, in oder nahe der Hirnrinde sitzen muss.

Bechterew, Zur Behandlung der Myotonie. Neurolog. Centralblatt, Heft 21.

Bericht über die günstige Wirkung der von B. früher empfohlenen Gymnastik und Massage in einem Falle von M. seit der Kindheit.

Hering, H. E., Prag, Ueber centrale Ataxie beim Menschen und beim Affen. Neurolog. Centralblatt, H. 23.

Durch seine Experimente an Fröschen, Hunden und Affen sieht H. die Thatsache bewiesen, dass nach Durchschneidung der hinteren Wurzeln, bei den genannten Tieren Ataxie auftritt, die entsprechend der Verschiedenheit der Locomotion der Tiere, und je nachdem es sich um eine vordere oder hintere Extremität handelt, sowie je nach der Zahl der durchschnittenen Wurzeln sich verschieden ausprägt, aber der gleichen Ursache ihren Ursprung verdankt. Centripetale Ataxie tritt auf, wenn die centripetalen Nerven der Muskeln funktionsunfähig sind. Verf. erörtert weiter Definition und Wesen der Ataxie und schildert ausführlich das Verhalten der operirten Affen.

Wertheim Salomonson, I. K. A., Ein atypischer Fall von Myotonie. Psychiatrische und neurologische Bladen. 1.

Verfasser berichtet über einen 20 Jahr alten, aus gesunder Familie stammenden Buchdrucker, welcher an Myotonie resp. an Thomson'scher Krankheit leidet. Die linke Gesichtshälfte des Pat., sowie die linke Schulter und die ganze linke obere Extremität sind in der Entwicklung zurückgeblieben. Der Kranke zeigt die ausgesprochene myotonische Bewegungsstörung und die myotonische Reaktion. Auch die schon öfters beobachtete athletische Entwicklung einzelner Muskeln zeigt sich in diesem Falle besonders beim linken Quadriceps; das Auffallende aber des mitgeteilten Falles besteht in dem Beschränktsein der myotonischen Symptome (sowohl der Bewegungsstörung als der myotonischen Reaktion) auf die linke Gesichtshälfte, die linke obere und beide unteren Extremitäten, während sie sich an der rechten oberen Extremität und der rechten Gesichtshälfte nur unter ganz besonders ungünstigen Verhältnissen zeigen. Auch dadurch unterscheidet sich dieser Fall von den bisher beobachteten, dass bei der mechanischen Erregung der Muskeln die Periode der zunehmenden Zusammenziehung nicht langsamer geschieht als bei dem normalen Muskel. Bei starkem faradischen (120 Volt) und galvanischen (20 M. A.) Strömen gelang es Verfasser das Muskelwogen zu beobachten, doch konnte er nicht finden, dass dasselbe an der Kathode entstand und zu der Anode hinzog; er glaubt beobachtet zu haben, dass die Wogen bald den einen bald den andern Weg gingen. — Verfasser ist der Ansicht, dass der Fall nicht im eigentlichen Sinne unter die Thomsen'sche Krankheit gerechnet werden kann. Die Gründe, welche ihn zu dieser Ansicht bestimmen, sind folgende: 1. Das Fehlen jeder erblichen Belastung. 2. Die ungleichmäßige Verteilung der myotonischen Symptome. 3. Die Entwicklungshemmung der linken Ge-

sichtshälfte und der linken oberen Extremität. — Die Ähnlichkeit der Verteilung der myotonischen Störung mit derjenigen der Lähmung bei Hemiplegia spastica infantilis macht es dem Verfasser im höchsten Grade wahrscheinlich, dass das Krankheitsbild in Folge einer im letzten foetalen Lebensmonat entstandenen cerebralen Läsion ist. — Eine reichliche Litteratur sowie eine Photographie des Kranken und 5 Zuckungscurven der Muskeln sind dem lesenswerten Aufsatze beigegeben.

Serger.

Wertheim Salomonson, I. K. A., Electrodiagnostik der Oculomotoriuslähmungen. Psychiatrische und neurologische Bladen 1. 1898.

Während bisher allgemein angenommen ist, dass die Augenmuskeln einer elektrischen Untersuchung nicht zugänglich sind, hat der Verfasser gefunden, dass unter gewissen Umständen der Levator palpebrae superioris elektrisch reizbar ist. Er teilt 6 Krankengeschichten mit und kommt zu folgenden Resultaten:

1. Beim gesunden Menschen ist der Levator palpebrae superioris nicht reizbar.
2. In einigen Fällen der Paralyse des Levator kann durch den galvanischen Strom eine Muskelzuckung ausgelöst werden. Es ist dies nur möglich bei erhöhter direkter galvanischer Reizbarkeit des Muskels, wenn der oculomotorius entartet ist.
3. Die Anwesenheit von Reizbarkeit des Levator hat für die Erkrankungen des oculomotorius dieselbe Bedeutung, als die Anwesenheit erhöhter direkter Reizbarkeit mit träger Kontraktion bei den willkürlichen Muskeln für die Erkrankungen der peripheren Nerven.
4. Das Fehlen der Reizbarkeit des Levator, ungefähr 2 oder 3 Wochen nach dem Entstehen einer Ptosis, spricht für einen leichten Grad von Lähmung mit günstiger Prognose.
5. Reizbarkeit des Levator, ungefähr 2 oder 3 Wochen nach dem Eintreten einer Ptosis spricht für eine schwere oder mittelschwere Paralyse des oculomotorius.
6. Eine schnelle Verminderung der Reizbarkeit spricht für eintretende Genesung. *Serger.*

Buringh Boeckhardt, U., Torticollis spasticus. Trismus idiopathicus. Tic convulsif. Psychiatrische und neurologische Bladen 1.

Verfasser lenkt die Aufmerksamkeit auf eine neue von *Kocher* angegebene Behandlung des torticollis spasticus und Trismus idio-

pathicus: es werden sämmtliche bei dem Krampfe beteiligten Muskeln durchschnitten. So schneidet man bei einem einfachen nach links gehenden tic rotatoire zunächst den rechten sternocleido-mastoideus durch und später den linken cucullaris, splenius, complexus major und minor und den obliquus capitis inferior, bei dem idiopathischen trismus die Kaumuskeln. Die Erklärung, die *Kocher* von seinen Resultaten giebt, geht von der Hypothese aus, dass die erwähnten Krankheiten auf einer erhöhten Erregbarkeit der Gehirnkontraktion Hals und Kaubewegungen bedrohen. Verfasser hat Recht, wenn er behauptet, dass diese Hypothese vollständig in der Luft steht, doch lassen sich die guten Erfolge nicht aus der Welt schaffen. — Der tic convulsif gehört wahrscheinlich zu derselben Gruppe und ist auf dieselbe Weise mit Erfolg bereits von *Dieffenbach* und *Straub* behandelt worden.

Serger.

Meier, L. S. Ein Fall von akutem halluzinatorischen Wahnsinn genesen durch Kataraktextraktion. Psychiatrische und Neurologische Bladen 1.

Verf. berichtet über eine 68jährige Kranke, bei der sich mit entwickelndem, beiderseitigem Katarakt nächtliche Unruhe, Angst und lebhafte Illusionen einstellten. Nach Operation des Katarakts auf dem linken Auge verschwanden die Erscheinungen in relativ kurzer Zeit. Verf. macht auf die Ähnlichkeit des geschilderten Krankheitsbildes mit dem bei der Operation des Katarakts sich häufiger entwickelnden aufmerksam; hier war nur der Verlauf etwas länger. Er ist geneigt, die Ursache der sich in diesem Falle einstellenden geistigen Störung in den schemenartigen undeutlichen Luftwahrnehmungen und in dem damit verbundenen Gefühl von Traumlosigkeit zu suchen. *Serger.*

Lichtenberg, Kornel. Entfernung eines Nasenpolypen; akute Mittelohrentzündung, otogener Abscess der mittleren Schädelgrube; Antrektomie; Schädeltrepanation; Heilung. Wiener mediz. Wochenschr. No. 29.

Unmittelbar nach Entfernung eines rechtseitigen Nasenpolypen traten bei einem Manne, der vor 10 Jahren wegen eines akuten beiderseitigen Ohrenleidens behandelt war, Ohrenschmerzen auf, dann Erbrechen, Delirien, Fieber. Reichlicher Ausfluss von Eiter aus einer kleinen Perforation des Trommelfelles. Operation 1 Monat nach Beginn der Erkrankung. Bei Eröffnung der Schädelhöhle entleerte sich fast bogenförmig unter starkem Druck und pulsatorischen Bewegungen

geruchloser Eiter. Rasche Heilung mit Wiederherstellung des Hörvermögens.

Renterghem, A. W. van. Ein Fall von Tic rotatoire, genesen durch psychische Behandlung. Psychiatrische und neurologische Bladen 5 und 6.

Bei einem nervösen 42 Jahre alten Herrn hatte sich im November 1895 eine ernsthafte doppelseitige Entzündung der Halsmuskeln eingestellt. Nachdem die Schwellung und Entzündung beseitigt war, blieben im rechten sternocleido-mastoideus und cucullaris fibrilläre Zuckungen zurück, welche zeitweise zu clonischen Krämpfen ausarteten. Alle dagegen angewandten Mittel: Massage, Elektrizität, Bettruhe, Dehnung des nervus accessorius blieben ohne jeden Erfolg. Durch eine umsichtige hypnotische Behandlung, welche vom Oktober 1896 bis September 1897 dauerte, gelang es dem Verf. sämtliche Beschwerden zum Verschwinden zu bringen. Auch die bestehende Reizbarkeit wurde völlig beseitigt. Ein Rückfall ging schnell vorüber. In der Epikrise betont Verf., dass der therapeutische Wert der hypnotischen Behandlung mehr bekannt zu werden verdiente, und dass vor allem die Chirurgen jeden derartigen Fall zuerst hypnotisch behandeln sollten, ehe sie sich zu einem Eingriff entschliessen. *Serger.*

Hutchings, Richard. Über Pellotin als Sedativum und Hypnotikum. State Hospitals Bulletin. Januar.

H. benutzt das von *Jolly* empfohlene Pell. muriaticum, meist $^1/_2$ gran subcut., aber auch per os bei Geisteskranken und ist mit der Wirkung sehr zufrieden. Trat Schlaf nicht ein, so doch wesentliche Beruhigung. Wurde das Pell. abends verabreicht, so dauerte der Schlaf 6—8 Stunden, tagsüber verabreicht, 2—5 Stunden. In mehreren Fällen trat bald nach der Verabreichung heftiger Schwindel auf, der rasch vorüber ging, sobald die Kranken die horizontale Lage einnahmen. In einem Falle trat Erbrechen ein. Sonst keine üblen Nachwirkungen. (Letztere fehlten auch in der Bonner Anstalt, leider aber auch die genügenden guten Resultate bei Pellotin!)

Skeen. Über Duboisin sulf. The Journal of Ment. sc. Juli.

Verf. giebt Duboisin lieber subcutan als per os. Ausser etwas Kopfschmerzen und Trockenheit des Schlundes sah er keine üble Nachwirkungen. Bei längerem Gebrauch tritt Abmagerung, Ataxie, Halluzinationen des Gesichts und Gehörs auf. Dub. besonders indicirt bei Erregungszuständen infolge von Halluzinationen und Delusionen, bei

chron. Psychosen und epileptischen Erregungszuständen. Nicht angebracht bei Manie nnd Melancholie; nicht angebracht bei körperlich schwachen Personen, doch sind Herzfehler keine Kontraindikation! Das Duboisin ist dem Hyoscin und Hyoscyamin vorzuziehen, es ist von längerer Dauer und wirkt weniger stürmisch. Die Prostration ist weniger stark.

Bijl, C. Beiträge zur Kenntnis der Thyreoidin-Behandlung bei Psychosen. Psychiatrische und neurologische Bladen. 5 und 6.

Verf. hat schon früher mit Thyreoidin Versuche an Kranken angestellt, ohne nennenswerten Erfolg. Wohl konnte er leichte Intoxikationserscheinungen beobachten, auch wohl leichte Besserung, dieselbe war aber niemals von längerer Dauer. Bei einem Kranken aber. der bereits längere Zeit in Anstaltspflege sich befunden hatte, blieb die anfängliche Besserung bestehen und führte schliesslich zur Genesung. Die Krankengeschichte dieses Kranken wird des genaueren berichtet. Es handelt sich um einen männlichen Kranken, der nach einem Depressionsstadium allerlei katatonische Erscheinungen zeigte. Seit Ende April 1897 erhielt der Patient 3 mal täglich 0,05 Thyreoidea-Pulver, Mitte Juni 10 mal täglich dieselbe Dosis. Der Puls war anfangs träge und zeigte 54 Schläge in der Minute. Seit dem Juni zeigte sich eine Besserung des psychischen Zustandes, zugleich stellten sich aber auch Vergiftungserscheinungen ein, so dass die Dosis verringert wurde. In der zweiten Hälfte des August wurde Patient versuchsweise, Ende September endgiltig geheilt entlassen. — Verf. ist sicher, dass er sich in der Diagnose Katatonie nicht geirrt hat, und sollte sie dennoch unrichtig sein, so bleibt doch die Genesung im unmittelbaren Anschluss an die Thyreoidinkur bestehen. Dass es sich nur um eine Remission gehandelt hat, wie sie bei Katatonie öfters vorkommt, glaubt Verf. verneinen zu müssen, da eine Remission von 2 Monaten bei Katatonie äusserst selten sei. (? der Referent). *Serger.*

Bechterew, W. M. v. Über Bettbehandlung Geisteskranker. Rundschau (Obosrenie, russ.) für Psychiatrie, Neurologie und experimentelle Psychologie. No. 1. Petersburg.

Mit dem Beginn des J. 1896 führte Prof. B. an der Petersburger psych. Klinik die Bettbehandlung für alle Geisteskranke ein, um diese Methode der Behandlung einer genauen, wissenschaftlichen Kritik zu unterwerfen, sowohl in Bezug auf die psychische wie auch somatische Beziehung des Kranken. Augenblicklich jedoch wolle er nur über deren administrative und allgemein medizinische Bedeutung sprechen. Streng

genommen sei er Gegner der schablonenartigen Behandlung mittelst dieser Methode aller Kranken, er finde hierfür keine genügende Grundlage. Seiner Ansicht nach eignen sich für diese Behandlung ausser den schwerkranken, unreinen und somatischen Kranken nur ein gewisses Kontingent akuter Kranken mit Aufregung, wie auch Kranken mit Depressions- und Affektzuständen wie auch erschöpfte und chronische Kranke in der Periode der Aufregung. Ohne Zweck jedoch sei es, frisch erkrankte ruhige Patienten und ruhige chronische Kranke dieser Behandlungsmethode zu unterwerfen. Ausserdem verlangt B. aber bei der Bettbehandlung eine genauere Scheidung der Kranken und Isolirung der mehr unruhigen Kranken in besonderen Zimmern, deren Thüren nicht geschlossen werden dürfen.

Über die Dauer der Bettbehandlung lasse sich keine Norm aufstellen, dieselbe hängt ganz von dem Zustande des Kranken ab. Sobald derselbe sich beruhigt und chronisch geworden sei, müsse auch diese Methode eingestellt werden. Zwangsmassregeln dürfen, um den Kranken im Bette zu erhalten, nicht angewendet werden, da dieselben überhaupt dem System des Non restraint widersprechen und an den früheren Barbarismus erinnern. Überhaupt seien derartige Mittel nach der Ansicht B.'s nicht nötig, da die Patienten sich leicht an das Bett gewöhnen, und Zureden selten ohne Erfolg bleibe. Zu dem Verbleiben im Bett veranlasse sie auch das Beispiel der anderen Kranken, Überredung, der Verbleib nur in der Leibwäsche, wie die beruhigende Wirkung des Bettes an und für sich, und die Empfindung der Mattigkeit, welche den meisten Kranken eigen ist. Die Bettbehandlung schliesst jedoch weder Spaziergänge noch diese oder jene leichte Thätigkeit aus. Der Wert und die Bedeutung der Bettbehandlung liegt nach B. hauptsächlich in der Beruhigung der affektiven Sphäre, dem Fernhalten unnötiger Eindrücke und der Vorbeugung physischer Erschöpfung. Der Nutzen aber, den diese Methode bietet, liegt unstreitig in folgendem:

1) Die Bettbehandlung ermögliche eine bedeutende Ökonomie der Anstaltsräumlichkeiten, eine geringere Zahl von Abteilungen, die Trennung in Tages- und Schlafräume, wie dies die Erfahrung in der Klinik gelehrt, wo die Tobabteilung durch die Bettbehandlung geschlossen werden konnte.
2) Die Einrichtung der Irrenanstalt werde erleichtert und vereinfacht, da die künstlichen Vorrichtungen an Thüren, Schlössern und Fenstern, womit sich die heutige Psychiatrie so viel beschäftigt, von selbst wegfallen.
3) Die allgemeine Beruhigung der Kranken ist eine viel bedeutendere, was sich wohl einerseits durch den physiologischen Einfluss, welchen das Bett hervorbringt, erklärt, da es ja aus dem alltäglichen Leben hinreichend bekannt ist, wie beruhigend

die Bettruhe auf leicht erregbare Menschen oder solche, welche an geistiger Erschöpfung und Ermüdung leiden, einwirkt; andererseits aber auch dadurch, dass die im Bett sich befindenden Kranken sich viel weniger bewegen, folglich auch weniger Eindrücke erhalten und weniger mit den anderen Kranken und dem Dienstpersonal in Berührung kommen.

4) Die Bettbehandlung vermindert in recht bedeutendem Maasse die Zänkereien und Handgreiflichkeiten des Kranken gegen das Dienstpersonal und unter den Kranken selbst.

5) Die Beaufsichtigung der Kranken wird ausserordentlich erleichtert, da es ja selbstverständlich leichter ist, einen Kranken, welcher sich im Bett befindet zu behandeln, als einen solchen, welcher sich frei und ungehindert in den Anstaltsräumen bewegt.

6) Die Isolirzimmer und Tobzellen werden durch die Bettbehandlung überflüssig.

Dies sei das Wichtigste, was sich über diese Methode vom allgemein medizinischen und administrativen Standpunkte aus sagen lasse, die Einführung der Bettbehandlung in der Irrenpraxis sei unbedingt ein weiterer Schritt vorwärts, doch müsse auch bei dieser Methode das Individualisiren strenge beobachtet werden. *A. v. Rothe.*

---

7. Paralyse u. Geistesstörungen mit Syphilis.

Ref.: Kirn-Freiburg.

Binswanger (Jena), Die Pathogenese und Abgrenzung der progressiven Paralyse der Irren von verwandten Formen psychischer Erkrankung.

Vortrag beim internationalen medizinischen Kongress zu Moskau. Neurolog. Centralblatt No. 18.

Es handelt sich bei der allgemeinen Paralyse um chronische Entzündungsprozesse, bei denen bestimmte Gewebselemente zu Grunde gehen, zuerst das funktionstragende Gewebe, die Nervenzellen, und erst nach ihnen ihre Ausläufer, die Nervenfasern. Dieser Prozess entwickelt sich ganz langsam, erst wenn er eine gewisse Höhe erreicht hat, tritt das klinische Bild zu Tage.

Unter den in Frage kommenden Schädlichkeiten steht die Syphilis oben an; sie bildet aber nicht die einzige Ursache, vielmehr kommen auch Alkohol, Tabak, Trauma und Überanstrengungen bei verminderter Widerstandskraft ätiologisch in Betracht. Stets handelt es sich um eine Zerstörung des eigentlichen Neurosoms.

Man kann 3 anatomische Typen der Paralyse unterscheiden: 1. den Typus der diffusen Leptomeningitis mit ausserordentlich starkem Hirnschwund, 2. die hämorrhaghische Form mit hyaliner Entartung der Gefäße, 3. ausgedehnte Rindenerkrankung ohne Leptomeningitis.

Scharf zu trennen von der allgemeinen Paralyse sind folgende oft klinisch ähnliche Krankheitszustände:

1. Die Polyneuritis, 2. der chronische Alkoholismus, 3. die specifische Erkrankung des Gehirns, 4. präsenile Demenz-Zustände, 5. arteriosklerotische Hirnrindenprozesse, 6. Encephalitis chronica progressiva, 7. Neurasthenia.

Duchateau (Gand), Einige Betrachtungen über die Allgemeine Paralyse.

Annales et Bulletin de la Société de Médecine de Gand. Februar und März.

Verf. macht hier einige kurze, ziemlich dürftige Mitteilungen über 90 während 30 Jahren in der Anstalt für geisteskranke Frauen zu Gand beobachteten Fälle von Allgemeiner Paralyse. Er bespricht die Aetiologie, den Verlauf und die Dauer dieser Erkrankung.

Aetiologie: Alkoholismus wurden 10 mal, Syphilis 7 mal, Heredität 4 mal, psychische und moralische Ursachen 11 mal angeschuldigt, während in 48 Fällen keinerlei Ursache festgestellt werden konnte.

Verfasser sieht in der Syphilis nicht die direkte Ursache der Allgemeinen Paralyse, es werde vielmehr durch sie nur eine Prädisposition gesetzt und zwar infolge von Gefäß-Veränderungen. Die Gefahr der Erkrankung soll durch zeitige energische Quecksilberbehandlung gesteigert werden (!? Ref.).

Alter bei Beginn der Erkrankung: 1 mal 19, 4 mal zwischen 21 und 30, 18 mal zwischen 31 und 40, 39 mal zwischen 41 und 50. 18 mal zwischen 51 und 60, 7 mal nach 60 Jahren. Die grösste Häufigkeit fällt demnach auf das kritische Alter der Frau.

Der Verlauf ist durchaus nicht immer regelmäßig; die aufeinander folgenden 3 klassischen Perioden werden nicht in allen Fällen beobachtet.

Todesart: cerebrale Anfälle 58 mal, (31 epileptiforme, 27 apoplektiforme Anfälle), Marasmus 9 mal, Pneumonie und Tuberculose 10 mal, plötzlicher Tod 2 mal, (11 Kranke wurden entlassen!).

Krankheitsdauer im Mittel drei Jahre. Bei Dauer von 5 bis 10 Jahren soll es sich in der Regel um Pseudoparalysis generalis syphilitica handeln, die aber keine charakteristischen Symptome aufweise. Doch erreichen auch manche andere Paralytiker dann ein höheres Alter, wenn sie nicht von Aufregungen und paralytischen Anfällen heimgesucht werden.

Greidenberg (Simferopol). Über die allgemeine progressive Paralyse bei Frauen. Vortrag beim internationalen medicinischen Kongress zu Moskau. Neurolog. Centralblatt No. 18.

Auffallend rasch nimmt die progressive Paralyse bei den Frauen zu, viel rascher als bei den Männern. Das Zahlenverhältniss, an verschiedenen Orten verschieden, ist in dem tauischen Gouvernement das von 2 : 1. Die Verbreitung in den einzelnen Gesellschaftsklassen ist bei den Frauen umgekehrt wie bei den Männern. Bei letzteren fing sie in den höheren Ständen an, um dann erst in die mittleren und niederen Stände überzugehen, umgekehrt bei den Frauen, bei denen sie zuerst nur die niederen Stände befiel. So wurde bei den Männern aus einer aristokratischen eine demokratische Krankheit, bei den Frauen aus einer demokratischen eine mehr aristokratische. Die Ursachen sind bei beiden Geschlechtern die gleichen; das klinische Bild der weiblichen Paralyse zeigt aber grosse Eigentümlichkeiten; sie hat einen langsameren Verlauf und ist deshalb von etwas längerer Dauer.

Arnaud (Vanves). Über die End-Periode der Allgemeinen Paralyse und über den Tod der Paralytiker. Annales médico-psychologiques. Jan. u. Febr. und Archives de Neurologie No. 18. Juni.

Gegenüber der verbreiteten Ansicht, der Tod der Paralytiker erfolge in der Regel in einem Zustand allgemeiner Hinfälligkeit kommt *Arnaud* zu völlig verschiedenen Resultaten, welche sich auf die 33 männlichen Paralytiker begründen, die während der letzten 7 Jahre in der Maison de santé von Vanves gestorben sind.

I. Die End-Periode. Von 33 Paralytikern befanden sich 18 noch in einem guten Zustand ihrer Bewegungs-Organe z. Z. ihres Todes; 5 andere waren erst seit kurzer Zeit durch Hemmung ihrer Bewegungen an das Bett gebunden; nur 10 waren seit Monaten wegen fast völliger Unbeweglichkeit genötigt, das Bett zu hüten; aber auch die letzteren (mit Ausnahme eines einzigen) waren nicht extrem abgemagert und frei von Decubitus.

II. Der Tod derselben lässt 3 Gruppen unterscheiden:

1. Die meisten (d. h. 26) sind (in der Regel epileptiformen) Anfällen erlegen.
2. 6 starben an intercurrenten, d. h. der Paralyse fremden Affektionen, 3 an Pneumonie, 2 an Aorta-Insufficienz, 1 an Gastro-Enteritis.
3. 1 erlag der Erschöpfung im Zustande des hochgradigsten Marasmus. Seine Extremitäten zeigten hochgradige Muskel-Atrophie und allgemeine Kontraktur. Tod nach 9jährigem Leiden und 4jährigen ununterbrochenem Zubetteliegen.

Die 6 Kranken, welche an intercurrenten Affektionen starben, waren durchschnittlich erst 2 Jahre lang paralytisch und befanden sich noch im Zustande guter Bewegungsfähigkeit. Von 26 Kranken, welche Anfällen erlagen, waren 12 auch wenig in ihrer Mobilität gestört und im Durchschnitt seit $2^1/_2$ Jahren Paralytiker, während 14 schon sehr motorisch geschwächt und im Durchschnitt seit $4^1/_2$ Jahren der Paralyse verfallen waren. Der einzige an Marasmus Gestorbene war seit 9 Jahren erkrankt.

Mit Recht hebt Verf. hervor, dass die freie Bewegung und beste Überwachung die Zahl der Bettlägerigen vermindere und am besten dem Decubitus und anderen Komplikationen vorbeuge.

Die paralytischen Anfälle will A. nicht als Komplikationen betrachtet wissen, vielmehr als Symptome der Erkrankung und zwar als solche, die am häufigsten das natürliche Ende herbeiführen.

Spastische Symptome führen am häufigsten zu der funktionellen Impotenz, in solchen Fällen pflegt der Tod erst nach langer Krankheitsdauer und gehäuften Anfällen einzutreten. Verf. fasst diesen spastischen Fall als „cerebro — spinale“ zusammen und unterscheidet sie von den „cerebralen“, welche nach relativ kurzer Dauer, ohne spastische Zustände, im Anfalle zu Tode führen.

Bei der Diskussion stimmen *Christian* und *Vallon* dem Vortragenden bei, *Charpentin* erörtert die Entstehung des Decubitus bei der allgemeinen Paralyse durch vasomotorische Strömungen, *Vallon* spricht vom plötzlichen Tode der Paralytiker, der nicht ganz selten beobachtet werde.

Paris (Maréville-Nancy). Endperioden und Tod bei der sogenannten allgemeinen progressiven Paralyse. Archives d. Neurologie. No. 22. (Oktober).

Arnaud erklärt in seiner letzten Mitteilnng, das Ende der allgemeinen Paralyse erfolge am häufigsten durch apoplektische, kongestive und epileptiforme Anfälle und wundert sich über die bisherige Annahme,

„dass die meisten Paralytiker dem Marasmus erliegen sollten". Allein *Arnaud's* Kranken-Material ist durchaus einseitig, denn es bezieht sich nur auf Männer der bevorzugten Gesellschaftsklasse, während die bisher herrschende Meinung sich auf beide Geschlechter und auf alle Gesellschafts-Klassen stützte.

Nun wird aber unter der Bezeichnung „Allgemeine Paralyse" sehr Verschiedenartiges zusammengefasst, und doch ist der Verlauf sehr verschieden, je nachdem die Erkrankung durch Syphilis, Alkoholismus, Saturnismus, vereinigte Excesse etc. bedingt ist.

Die Beobachtung, welche sich auf beide Geschlechter auf Reiche und Arme zugleich stützt, ergiebt folgende Schlüsse:

1. Der männliche Paralytiker erliegt häufiger als der weibliche congestiven oder apoplektischen Anfällen.
2. Die allgemeine Paralysis führt am häufigsten zu Marasmus.
3. Die gut situirten Paralytiker fallen häufiger als Opfer des congestiven Anfalles als die armen.

Naecke (Hubertusburg). Die sogenannten (äusseren) Degenerationszeichen bei der progressiven Paralyse, nebst einigen diese Krankheit betreffenden Punkten. Vorläufige Mitteilung. Neurolog. Centralblatt. No. 17.

Eine eingehende Untersuchung von 100 männlichen Paralytikern und von 80 Normalen ergab folgende Hauptresultate.

Von den 100 Kranken waren 45 Gebildete, die meisten 36—40 Jahre alt (der jüngste 25 der älteste 56 Jahre alt), 87 verheiratet oder verheiratet gewesen.

Erblich belastet waren 37 %. Als früher oder sehr wahrscheinlich luetisch afficirt gewesen galten 43 %; dabei fanden sich nur wenige und unbedeutende objektive Zeichen von Syphilis. Die grössere Hälfte der Luetischen war erblich belastet.

Von anderen Ursachen kamen in Frage: Potus allein und Trauma allein je 4 mal, Gemütserregungen allein 6 mal (alle 3 Ursachen häufiger mit anderen Kombinationen), Luës allein — niemals.

Vorwiegend ruhig waren 69,5 % von 82 Fällen.

Paralytiscbe Anfälle wurden in 53 % notirt; seltener und schwächer als früher.

Durchschnittliche Krankheitsdauer — 3 Jahre und darüber.

Die untersuchten Pfleger waren meist jüngere kräftige Menschen, 17,5 % erblich belastet, zeigten all einzelne, zum Teil sogar mehrere Degenerationszeichen.

Stigmata waren bei den Paralytikern häufiger, stärker aus-

gebildet, schwererer Art, sowie mehr auf den Körper ausgeteilt; bei erblich belasteten — schwerer.

Die sogenannten Degenerationszeichen sind selten atavistisch, zumeist vielmehr pathologisch. Sie nehmen von den Normalen zu den Geisteskranken, Idioten, Epileptikern und Verbrechern an Zahl und Schwere zu, sie haben also einen gewissen semiotischen Wert.

Verf. zieht aus seinen Beobachtungen den Schluss, dass die Paralytiker in der Regel an einer entweder angeborenen oder erworbenen Invalidität des Gehirnes leiden, ja er spricht sogar von einem „Paralitico nato", d. h. von einem zur Paralyse halb und halb prädestinirten Wesen, dessen von Geburt an invalides Gehirn durch Luës noch weiter geschwächt, schliesslich durch eine beliebige Gelegenheitsursache an Paralyse erkrankt. (Zunächst ist dies eine noch durchaus hypothetische Anschauung! Ref.).

„Die Luës kann auf keinen Fall die einzige Ursache der Paralyse sein, ja sie ist wohl meist nur eine vorbereitende — und das auch scheinbar gewöhnlich nur dort, wo das Gehirn schon früher invalid war — sehr selten also direkt erzeugend, da stets noch andere Gelegenheitsursachen nötig zu sein scheinen, die eben die auslösenden sind."

Zappert, (Wien). Ein Fall infantiler progressiver Paralyse. Vortrag im Wiener medizinischen Klub. Wiener klin. Wochenschrift. No. 12.

Vortrag, publicirt hier einen neuen Fall infantiler progressiver Paralyse auf Grundlage zweifelloser hereditärer Syphilis.

Das 13jährige Mädchen ist seit 2 Jahren erkrankt. Zunächst stellte sich Schwerfälligkeit beim Gehen und Nachschleppen des linken Beines ein. Dann folgte rasch zunehmende Demenz, Störung der Sprache und Veränderung des Charakters.

Das kräftige, normal entwickelte Kind ist zur Zeit der Vorstellung so stark dement, dass es ausser stande ist, die Namen der Monate aufzuzählen oder leichte Rechen-Aufgaben zu lösen. Es zeigt leichtes Silbenstolpern und vergisst beim Schreiben einzelne Buchstaben und Silben. Es leidet weiter an Lichtstarre, an leicht hemiplegischem Gang, Spasmen und an gesteigerten Reflexen an den Beinen, sowie an centraler Chorioditis.

Im Alter von 6 Jahren waren ausgesprochene Erscheinungen von ererbter Syphilis festgestellt und specifisch behandelt worden.

Karplus, (Wien). Progressive Paralyse bei einer 17jährigen Virgo. Krankenvorstellung. Wiener klin. Wochenschrift. No. 3.

Die Erkrankung beruht sicher auf ererbter Luës. (Die Mutter hatte zuvor 3 faultote Kinder geboren!).

Das zuvor geistig indolente, aber zu häuslichen Arbeiten brauchbare Mädchen war seit etwa $^3/_4$ Jahren erkrankt. Es wurde unverlässlich und vergesslich, so dass es stets beaufsichtigt werden musste, in der Folge zunehmend dement. Weiter stellte sich Stottern ein, Zittern an Händen und Füssen, öfteres Hinfallen. Entwicklung der typischen Form der dementen progressiven Paralyse.

Hymen intakt, Menses noch nicht eingetreten.

Hoch, (Mc Lean Hospital, Waverly, Massachus). Allgemeine Paralyse bei zwei Schwestern, beginnend im Alter von 10 und 15 Jahren. — Autopsie im einem Fall. — The Journal of. Nervens and Mental Disease. Februar.

Verf vermehrt durch seine Mitteilung die immer noch kleine Zahl der veröffentlichten Fälle von juveniler Paralyse, die 2 vollkommen klare Fälle darstellt, dadurch besonders interessant, dass die Erkrankten Schwestern waren.

Fall I. Ida, zuvor vollkommen normal entwickelt, erkrankte im Alter von 10 Jahren an geistiger Apathie, 11 Jahre alt an motorischen Störungen mit schwankendem Gange, der später völlig unmöglich wurde, dann an Störungen der Arme, spastischen Zuständen der Extremitäten, unverständlicher Sprache. Zunehmende Dementia ohne Aufregung und Wahnbildung. Endlich Tod unter Konvulsionen.

Fall II. Rosa, als Kind von guter Intelligenz, wurde von 15 Jahren an schwachsinnig, ohne Aufregung oder Wahnideen zu zeigen. Sie wurde gedächtnissschwach, zerstreut und kindisch, schliesslich unfähig, die einfachsten Dinge zu verstehen. Sprachstörung, keine Konvulsionen.

Klinisches Bild seit der Aufnahme in der Anstalt: Fortschreitender Schwachsinn mit abnehmendem Verständniss, Wortverwechselungen, Schreib- und Lesestörungen. Unsicherer steifer Gang, Tremor der Arme, Sprachstörung, Erzittern der Zunge und des Mundes, ungleiche Facialis-Innervation. Gesteigerte Sehnen-Reflexe. Ungleichweite und starre Pupillen. Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit. — Keine Zeichen von hereditärer Syphilis.

Der Vater beider Mädchen, oft gehirnleidend und wahrscheinlich früher syphilitisch gewesen, die Mutter chronisch nervenkrank.

Sektionsbefund des verstorbenen Mädchens Ida: Hydrocephalus externus, Meningitis chronica, Atrophia cerebri, Hydrocephalus internus. Mikroskopisch konnten die für die progressive Paralyse charakteristischen Veränderungen der Hirnrinde und der Basal-Ganglien deutlich nach-

gewiesen werden (die nähere Beschreibung ist im Original nachzulesen!). Im makroskopisch unveränderten Rückenmark entdeckt das Mikroskop ausgesprochene Degeneration der Pyramiden-Bahnen (durch 10 Abbildungen erläutert!).

Epikrise: Ätiologisch bestand neuropathische Veranlagung und wahrscheinlich hereditäre Syphilis, klinisch — das ausgesprochene Bild der dementen Form der progressiven Paralyse, im ersten 6, im zweiten Fall bis jetzt 4 Jahre dauernd. Die Autopsie bestätigte vollkommen die Diagnose.

Athanasio, (Bukarest). Die trophischen Störungen bei der allgemeinen Paralyse. Archives de Neurologie. No. 23. (November).

Trophische Störungen beobachtet man häufig bei der allgemeinen Paralyse — und zwar infolge von vasoparalytischen, congestiven Störungen. Sie zeigen sich oberflächlich oder tiefer.

Auf der Haut beobachten wir verschiedene Exantheme, häufig auch Jucken bis zu folgeschweren Kratz-Effekten..

In der Tiefe beobachten wir namentlich Ödeme, Abscesse und eitrige Ansammlungen, auch Gangrän und Frakturen. Besonders bemerkenswert sind die Othaematome, welche vom Ohrknorpel ausgehen und zur Deformation führen.

Verf. teilt folgenden einschlägigen Fall mit:

Männlicher Kranker mit vorausgegangener Syphilis und Alkoholismus. Stigmata Degenerationis. Zittern an Lippen, Zunge und Extremitäten, starre Pupillen, Romberg und Biernacki, allgemeine Sensibilitäts-Störungen. Gedächtnissschwäche, Übererregbarkeit, Grössenwahn. In der Folge ungemeine Erregbarkeit und Reizbarkeit, Impulsives, heftiges Auftreten. Infolge einer leichten Contusion — Schwellung der rechten Hüfte, mit schliesslicher Entwickelung von tötlichem Gangrän.

Die Autopsie ergab: Meningeale Adhäsionen, Pachymeningitis hämorrhagica, Meningo-Encephalitis, Granulationa ependym., vielfach viscerale Congestionen. Nähere Untersuchung vom Rückenmark und der peripheren Nerven auf Neuritis in Bezug auf die vasomotorischen Störungen soll folgen.

Muratow, (Moskau.) Über die protrahirten corticalen Krämpfe bei der allgemeinen Paralyse der Irren. Neurol. Centralblatt. Nr. 5.

Verf. zieht auf Grund von 2 eingehend klinisch und anatomisch gemachten Kranken-Beobachtungen folgende Schlüsse:

1) Zuweilen begegnet man bei den apoplektisch-epileptoiden Anfällen der Paralytiker protrahirten corticalen Krämpfen, welche in Form von konstanten Zuckungen der verschiedenen Muskelgruppen auftreten.
2) Diese Krämpfe pflegen sich mit den apoplektischen Anfällen zu vereinigen. Sie sind einseitig und typisch; man kann dabei alle Kennzeichen des corticalen Leidens, sowie die Störung des Muskelgefühls beobachten.
3) In pathogenetischer und klinischer Hinsicht müssen diese Krämpfe als eine Zwangsbewegung corticalen Ursprungs bezeichnet werden, weil eben solche Krämpfe, jedoch von kürzerer Dauer und transitorisch, bei gewöhnlicher cortikaler Epilepsie zu beobachten sind. Auf diese Weise haben wir es hier mit einer postepileptischen Erscheinung zu thun.
4) Diese Anfälle sind durch Verbreitung des encephalitischen Processes auf die Centralwindungen zu erklären. Dabei muss man eine umfangreiche und sehr exquisite Degeneration der Bogenfasern in Betracht ziehen.
5) Solche protrahirten corticalen Krämpfe können auch ohne allgemeine Paralyse erscheinen und stellen an und für sich nur ein Kennzeichen einer diffusen Degeneration der motorischen Sphäre der Rinde dar.
6) Was die Pathogenese der gewöhnlichen epileptoiden Anfälle bei Paralytikern betrifft, so muss man auch eine reflektorische Reizung der minder erkrankten centralen Windungen von Seiten des encephalitischen Processes der Centralwindungen vermuten. Die vasomotorischen Einflüsse können nur als ein nebensächliches und nicht als provokatorisches Moment dienen.
7) Die Fälle von allgemeiner Paralyse mit den protrahirten corticalen Krämpfen geben zu einer sehr schlimmen Prognose Anlass.
8) Als Behandlungsmittel kann man nur beruhigende Brom- und Chloral-Mittel anwenden. Es ist keine ableitende Therapie in Form von Vesikantien oder Blutegel anzuraten.

Muratow (Moskau). Zur Pathogenese der Herderscheinungen bei der allgemeinen Paralyse der Irren. Vortrag beim internationalen medizinischen Kongress zu Moskau. Neurolog. Centralblatt No. 18.

Herderkrankungen in Form von Blutungen oder Erweichungen findet man bei der progressiven Paralyse äusserst selten. Sie äussern sich verschieden nach der jeweiligen Lokalisation oder bleiben häufig

ohne jedes klinische Merkmal. Die lokalen Symptome, welche in Form von epilepti- oder apoplektiformen Insulten auftreten, hängen nicht von irgend welchen neuen Komplikationen ab, sondern lassen sich auf die Ausbreitung des Entzündungsprozosses auf die Centralwindungen zurückführen. Die protrahirten Krämpfe der Paralytiker in Form klonischer Zuckungen müssen pathognostisch und klinisch als Zwangsbewegungen cortikalen Ursprungs bezeichnet werden. Auch Muskelsinn-Störungen und Hemianaesthesien können corticalen Ursprungs sein. Gerade wie bei Herderkrankungen des Gehirns habe man es bei den paralytischen Herderkrankungen mit einer direkten und einer indirekten Wirkung des Herdes (Fernwirkung, Reizung, Degeneration) zu thun.

Levtschatkin. Untersuchungen über das Pulsbild und Verhältniss zwischen Temperatur, Puls- und Athemfrequenz bei der progressiven Paralyse. Dissertation. St Petersburg 1897.
Diese Zeitschrift, Band 54, Heft 3, p. 495.

Schmidt, Ottomar. (Würzburg). Ist die progressive Paralyse aus den mikroskopischen Befunden an der Grosshirnrinde pathologisch-anatomisch diagnosticirbar? Eine literarische und anatomische Studie.
Diese Zeitschrift, Band 54, Heft 1 und 2, p. 178.

Bödeker und Juliusburger. (Herzberge). Anatomische Befunde bei Dementia paralytica. Vortrag. Diese Zeitschrift, Band 54, Heft 1 und 2, p. 271, sowie Neurologisches Centralblatt No. 17, woselbst die näheren Befunde nachzulesen sind, die sich nicht zu einem kurzen Referat eignen.

Pollack (Würzburg). Giebt es, nach dem heutigen Stande der Litteratur, eine sichere histologische Diagnose der progressiven Paralyse aus den Veränderungen der Grosshirn-Rinde?
Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. April.

Verf. unterzieht alle bisher festgestellten Veränderungen an Nervenfasern, Nervenzellen, Hirnhäuten, Neuroglia mit eingelagerten Gefässen bei der progressiven Paralyse einer kritischen Besprechung, welche ihn zu folgendem Schlusse führt:

Die Frage, ob bei der progressiven Paralyse die entzündlichen Erscheinungen an der Hirnrinde das Primäre und die atrophisch-degenerativen Vorgänge das Sekundäre sind oder umgekehrt, ist für die Beantwortung unserer Frage von untergeordneter Bedeutung. Für uns kommt es vor allem darauf an, ob sich post mortem in der Hirnrinde Form-Veränderungen finden, welche nur für progressive Paralyse charakteristisch sind. Natürlich könnte das Vorkommen aller möglichen pathologischen Veränderungen in nur einem oder dem anderen Bestandteile der Hirnrinde nicht genügen, sondern es müssten sich nach Art und Sitz charakteristische, pathognostische Erscheinungen bestimmt nachweisen lassen. Dass dies nicht möglich ist, geht aus der Unzahl der aufgeführten auseinanderweichenden Behauptungen hervor. Der Versuch, die progressive Paralyse auf histologischem Wege zu ergründen, hat bis jetzt zu keinem sicheren Ergebnisse geführt.

Dagegen giebt uns die Ätiologie einen Wegweiser in anderer Richtung:

Der Syphilis wird wohl ziemlich allgemein ein hervorragender Einfluss auf die Entwickelung der Dementia paralytica eingeräumt, zu welchem dann vielleicht noch der einer angeborenen paralytischen Diathese, wie sie *Wilson* annimmt, hinzutritt. Beide erstgenannten Faktoren dürften, der eine durch ihre im Blut circulirenden Ptomaine, der andere als Toxin, eine Veränderung der chemischen Zusammensetzung der Elemente der Hirnrinde herbeiführen. Natürlich können auch andere Momente als die beiden angeführten in derselben schädigenden Weise wirken. Die Veränderungen werden wohl in einer Zersetzung von Eiweissabkömmlingen in den genannten Elementen bestehen, zu deren Feststellung die Medizin die Chemie zu Hilfe nehmen muss.

Delmar. Akute Infektionskrankheiten und allgemeine Paralyse. Archives cliniques de Bordeaux. August 1896.

Verf. hat ein jetzt 9jähriges Mädchen behandelt, das im fünften Lebensjahr nach einem mit Hirnerscheinungen verbundenen Typhus in einen pseudodementen Zustand geriet. Das Kind ging in der Folge nach wiederholten epileptiformen Anfällen in seiner psychischen und somatischen Entwickelung mehr und mehr zurück, um schliesslich völlig dement zu werden. Verf. hält diesen Fall für eine Form der allgemeinen Paralyse. Er meint, wenn 90—95 % der Paralyse durch Syphilis bedingt seien, so entstehe der grösste Teil der übrigen 5—10 % durch akute Infektionskrankheiten.

Zum Belege für diese Anschauung teilt D. weiter die Krankheitsgeschichte eines 28 Jahre alten Mannes mit, der wenige Tage nach

einer leichten Influenza die Erscheinungen der melancholischen Neurasthenie bot. Nach vorübergehender Besserung entwickelte sich das ausgesprochene Bild der allgemeinen Paralyse. Syphilis war bestimmt nicht vorausgegangen.

Wenn auch Infektionskrankheiten oft nur eine bis dahin latente Paralyse ans Licht treten lassen, so können sie doch auch dieselbe selbständig hervorrufen. Sie wirken dann gerade so wie die Syphilis, indem sie teils die Nerven-Elemente direkt schädigen, teils Gefäss-Veränderungen im Gehirn setzen, die eine Meningo-Encephalitis im Gefolge haben. Die bleibenden Störungen der Nervenelemente können dann zur allgemeinen Paralyse führen. Nach Verf. werde ein solcher Verlauf durch klinische und experimentelle Arbeiten hinlänglich bestätigt.

Dietz, (Stuttgart). **Traumatische Neurose, Übergang in Dementia paralytica. Festschrift des Stuttgarter ärztl. Vereins. 1897.**

Verf. teilt uns hier einen namentlich deshalb interessanten Fall von Dementia paralytica mit, weil er aus demselben die immerhin seltene Genese aus einem Trauma ableitet.

Der 32jährige verheiratete Postbeamte, erblich nicht belastet und früher, ausser Gelenkrheumatismus, gesund, erlitt im Oktober 1892 einen heftigen Stoss in die rechte Brustseite, wobei er mit der linken Seite auf einen Rinnstein fiel. Er blieb $^1/_4$ Stunde lang ganz benommen liegen und war noch einige Zeit schwer besinnlich; es wurde ihm schwarz vor den Augen, und er hatte Erbrechen. Er konnte in der Folge seinem Dienste nicht mehr nachkommen, wurde zerstreut, unbehilflich und benahm sich auffällig, wollte die unsinnigsten Einkäufe machen, ohne Geld zu besitzen. In das Lazaret aufgenommen, wurde er tobsüchtig, unreinlich und verwirrt.

Im Dezember Aufnahme in die Irrenanstalt. Hochgradige Bewusstseinstrübung mit Selbstüberschätzung; schlaffe Gesichtszüge; Differenz und Trägheit der Pupillen; Tremor der Hände; grosse innere Unruhe und Schlaflosigkeit. Später Beruhigung, aber Sucht zu sammeln; Sprach- und Schriftstörungen; Silbenstolpern, Silbenauslassung; rapide Abmagerung. Ende 1893 — Remission, Aufhellung des Bewusstseins; starker Kopfschmerz und Schwindel; Puls springend. Weiterhin — melancholisch-hypochondrische Verstimmung mit häufiger Nahrungsverweigerung; viele Paraesthesieen. Im Sommer — wesentliche Besserung mit bleibender Bewusstseinstrübung und Erinnerungsschwäche und somatischen Defekterscheinungen.

November 1893 Entlassung aus der Anstalt. Remission von $1^1/_2$

Jahren mit bleibender psychischer Schwäche und mässigen motorischen und vasamotorischen Störungen.

Anfang 1894 hatte die Remission ihr Ende erreicht. Deshalb Wiederaufnahme in die Anstalt: starke Erregung und Bewusstseinsstörung. Bald darauf — unter dem ausgesprochenen Symptomenbild der Paralyse mit epileptiformen Anfällen — Exitus. — Kein Sektionsbefund.

Bemerkenswert ist der rein traumatische Charakter der Paralyse, welcher auch klinisch zuerst das Bild der traumatischen Neurose gezeigt hatte; sodann die rasche Entwickelung schon 2 Monate nach dem Unfalle mit rapid fortschreitender geistiger Schwäche bis zu tiefer Dementia; endlich die lange Remission.

Lewald, (Kowanowko bei Obornik, Posen). Die Ergebnisse neuerer Forschungen über Verbreitung und Ätiologie der progressiven Paralyse. Sonderabdruck aus Heft 13 der Zeitschrift für Medizinalbeamte.

Die auf statistischem Wege festgestellte Thatsache der Zunahme der progressiven Paralyse führt naturgemäss zur Frage nach der Ätiologie, die während der letzten 15 Jahre sehr viel bearbeitet worden ist.

Festgestellt sind die beiden Thatsachen, dass die Paralyse gegenwärtig in viel früherem Lebensalter auftritt als früher, und dass dieselbe beim weiblichen Geschlechte erheblich zugenommen hat. Dass frühere durchschnittliche Anfangsalter von $44^1/_2$ ist jetzt auf $40^1/_2$ Jahre gesunken; selbst juveniles Auftreten ist heute nicht mehr ganz selten. Die Häufigkeit der Erkrankung der Männer zu den Frauen belief sich früher wie 8 : 1, heute wie 3,0—3,08 : 1.

Die Paralyse ist eine Begleiterin der Kultur d. h. aller derjenigen geistigen und körperlichen Schädigungen, die untrennbar mit dem Fortschreiten der Zivilisation verknüpft sind.

Neben diesen allgemeinen sozialen Schädlichkeiten ist es schwierig die Komparenten zu bestimmen, denen eine specielle Einwirkung auf das Entstehen der Krankheit zugeschrieben werden muss. In Betracht kommen hier Syphilis, Alkoholismus, hereditäre Belastung und Schädeltraumen. Die Ansichten hierüber sind sehr geteilt.

Möbius steht auf dem extremen Standpunkt, dass niemand an progressiver Paralyse erkrankt, der nicht syphilitisch inficirt gewesen sei (es handle sich um „metasyphilitischen Nervenschwund"). Strümpell nennt die Paralyse eine „postsyphilitische" Erkrankung durch Syphilis-Toxine bedingt; aber auch der Alkohol kann zu der Erkrankung führen.

Verwandt ist die Anschauung von Hitzig. Obersteiner unterscheidet zwischen einer eigentlichen Dementia paralytica und einer syphilitischen Paralyse, welche letztere er für eine Spätform der Luës hält. Hirschl will nur die Syphilis als Ursache der Paralyse gelten lassen; diese sei eine syphilitische Späterkrankung; sie trete aber nur bei vorhandener Familiendisposition ein. Er sucht dies durch sehr theoretische Erörterungen zu begründen.

Die grosse Mehrzahl der Autoren steht nicht auf dem Standpunkt der ausschliesslichen Syphilis-Ätiologie. Die statistischen Ergebnisse weichen aber aus näher liegenden Gründen erheblich von einander ab. Stets haben mehrere, mindestens 2 ätiologische Momente zusammen eingewirkt — wie Syphilis, Heredität, Trauma, Alkoholismus, psychische Schädigungen; unter diesen kommt aber der Syphilis weitaus die grösste Bedeutung zu. Die Bedeutung der anderen Ursachen wird von den einzelnen Autoren sehr verschieden beurteilt. Die Franzosen legen dem Alkoholismus eine grössere Bedeutung bei; die Heredität wird da gering, dort hoch angeschlagen. Das Kopf-Trauma wird als ein im Ganzen seltenes und nur bei vorhandener Disposition wirksames Moment angesehen.

Die heut am meisten verbreitete Ansicht lautet: „Die Entstehung der Paralyse beruht auf prädisponirenden und auslösenden Ursachen; unter den ersteren nimmt die specifische Infektion der Häufigkeit nach den ersten Platz ein, dann folgen der Häufigkeit nach der Alkoholismus und die erbliche Belastung; zu den auslösenden Schädlichkeiten gehört u. A. namentlich die Kopfverletzung".

Greidenberg, (Symferopol, Krimm). Zur Statistik und Ätiologie der progressiven Paralyse der Irren. Neurologisches Centralblatt No. 20.

Verf. kommt auf Grund seiner eingehenden statistischen Arbeit zu folgenden Schlüssen:

1) Die Zahl der Erkrankungen an Paralyse wächst immer und stets progressiv, besonders bei den Frauen.
2) Das Zahlenverhältniss der Erkrankungen an Paralyse zwischen den Männern und den Frauen ist (für das Taurische Gouvernement) = 10 : 5.
3) Die Grenze des Lebensalters für die Erkrankung an Paralyse muss wesentlich erweitert sein, besonders aber das initiale — bis zum 30. Lebensjahre.
4) Wenn auch die Paralyse zu den Krankheiten der „Stadt" gerechnet werden soll, so fängt dieselbe doch an, auch das „Dorf" immer mehr zu ergreifen.

5) In der städtischen Bevölkerung fängt die Paralyse an, sich sozusagen allmählich zu „demokratrisiren“, indem die Zahl der Erkrankungen in den mittleren und niedrigen Klassen immer noch wächst, (besonders bei Frauen).
6) Die hauptsächlichsten Ursachen der Paralyse bilden Luës. Alkoholismus und Heredität.
7) In der Mehrzahl der Fälle kann man die Luës in der Anamnese feststellen; dieselbe bildet aber keineswegs die alleinige Ursache der Paralyse, weil man in einer nicht unbeträchtlichen Anzahl der Fälle nebst der Syphilis auch andere Ursachen nachweisen kann, und andererseits bei vielen Paralytikern keine Luës früher vorhanden und die Hauptursache der Erkrankung in Alkoholismus zu suchen war, besonders bei Frauen.
8) Die Wirkung der Luës, ebenso wie die des Alkoholismus und der Heredität ist eine stärkere im Falle, wenn diese ursächlichen Momente nicht einzeln, sondern in einer Kombination mit einander aufgetreten sind.
9) Die Ätiologie der Paralyse im Sinne der verschiedenen Kombinationen ihrer wichtigsten Ursachen muss in einem Zusammenhange mit den individuellen Eigenschaften der erkrankten Personen, besonders mit den nationalen und Rasseneigentümlichkeiten derselben, stehen. Deshalb soll auch der Vergleich des statistischen Materials, welches von verschiedenen Autoren gesammelt wurde, nur mit einer grossen Vorsicht und Beschränkung geschehen.

Laudenheimer (Leipzig). Paralytische Geistesstörung in Folge von Zuckerkrankheit (diabetische Pseudoparalyse). Archiv für Psychiatrie etc., Bd. 29, Heft 2. p. 547.

Gleichzeitiges Vorhandensein von allgemeiner Paralyse und Diabetes ist selten (*Kaes* fand unter 1412 Paralytikern nur 5 Diabetiker), noch seltener aber kann ein ursächlicher Zusammenhang zwischen beiden Affektionen festgestellt werden.

Verf. hat im Ganzen 3 paralyseähnliche Erkrankungen mit vorangegangener bezw. begleitender Diabetes beobachtet. In 2 von diesen Beobachtungen ergab sich bei der genauen Nachforschung, dass auch Abusus spirituosorum stattgefunden hatte. Ferner stellte die klinische Beobachtung ebensowohl als der autoptische Befund fest, dass es sich gar nicht um Paralyse gehandelt hatte.

Im dritten Falle konnte Alkoholismus mit Sicherheit, Syphilis mit grösster Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, während die anti-

diabetische Therapie einen zweifellos günstigen Einfluss ausübte. Es hatten sich — nach schon 20 Jahre dauerndem Diabetes — der Paralyse ähnliche somatische und psychische Störungen bis zur Demenz eingestellt, welche durch gründliche antidiabetische Behandlung fast völlig zum Schwinden gebracht wurden, sodass Patient wieder erfolgreich eine Lebensstelle ausfüllen konnte.

Man könnte in diesem Falle annehmen, dass durch Stoffwechselstörungen die allgemeine Paralyse erzeugt und durch deren Hebung wieder geheilt worden sei. Verf. schlägt für solche Fälle die Bezeichnung „diabetische Pseudoparalyse“ vor. Durch diese Bezeichnung soll nur ausgedrückt werden, dass es ein psychisch-somatisches Krankheitsbild diabetischer Herkunft giebt, das eine grosse Anzahl der klinischen Merkmale progressiver Paralyse an sich trägt. Es kann aber bisher nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden, dass der Diabetes ächte Paralyse erzeugen kann, da von den in diesem Sinne gedeuteten Fällen auf die Ausschliessung andersweitiger Ursachen nicht genügend Bedacht genommen ist und Sektionsbefunde nicht vorliegen.

Macdonald und *Davidson* (Dorset County Asylum). Geistesstörung (nicht Allgemeine Paralyse) verbunden mit Tabes dorsalis. The Journal of mental science. Januar.

Psychische Störungen sind nicht immer leicht zu klassificiren, wenn sie mit organischen Veränderungen des Nervensystems ausserhalb der Kopfhöhle verbunden sind. Dies gilt namentlich von der Tabes, deren begleitende Psychose durchaus nicht immer das Bild der allgemeinen Paralyse bietet. Dies beweist der mitgeteilte Fall:

39 Jahre alter Matrose, aufgenommen den 1. Mai 1896. Schlechte Körper-Ernährung, Ungleichheit der Pupillen, keine Licht-Reaktion, links Strabismus internus, Patellar- und Plantar-Reflexe fehlen, Zungenspitze nach rechts gerichtet, kein fibrillärer Tremor. Verworrenheit mit Reizbarkeit. Verdacht auf Syphilis. In der Folge — zeitweise Hemianästhesie und Diplopie. Gehörs-Halluzinationen. Am 16. August — plötzlicher epileptiformer Anfall mit rechtsseitigen Krämpfen. Tod den 18. August im Coma.

Autopsie: Verdickung und Hyperaemie von Dura und Pia mater, besonders links. Sehr vermehrte Cerebro-Spinal-Flüssigkeit. Keine Gefäss-Degenerationen. Sinus — erweitert. Atrophie der Hirnwindungen. Gehirnsubstanz fest, Rinde verschmälert und congestiriert, namentlich links. Basal-Ganglien, Pons und Medulle oblongata congestionirt. Rückenmark-Sklerose der Hinterstränge.

Epikrise. Die Symptome der Tabes waren die pathognomischen, die psychischen waren aber von den Erscheinungen der allgemeinen

Paralyse völlig verschieden. Sie bestanden in geistiger Abschwächung und Reizbarkeit, in vagen Verfolgungs-Ideen und entsprechenden Sinnes-Täuschungen. Die Gefühls-Illusionen waren offenbar direkt auf die taktischen Sensationen zurückzuführen.

Deventer, J. van, senior. Beiträge zur Ätiologie der dementia paralytica. Psychiatrische und neurologische Bladen. 1. 1898.

Verfasser berichtet über 100 Paralytiker (82 Männer und 18 Frauen), bei denen die Ätiologie genau bekannt war. Der jüngste der männlichen Paralytiker war bei seiner Erkrankung 9 Jahre, der älteste 64 Jahre alt, bei den Frauen sind die entsprechenden Zahlen 26 und 63 Jahre. Die hauptsächlichsten Ursachen sind Trunk (51 m., 7 w.) und Syphilis (27 m. 6 w.), daneben finden sich weiter körperliche und geistige Überanstrengung, psychisches Trauma, niederdrückende Einflüsse, Trauma capitis, calorische Einflüsse, Herzfehler, malaria, influenza, Dysenterie. Cholera, Exzesse in venere, schwächende Einflüsse, Heerderkrankungen. Erblichkeit war vorhanden bei 41 Männern und 11 Frauen, hierbei war Trunk wieder 17 Mal vertreten. Berufe mit unregelmässigem Leben oder grosser Verantwortlichkeit stellen das grösste Kontingent, auch der Einfluss der Grossstadt macht sich ebenso wie in anderen Ländern bemerkbar. Das Hauptgewicht bei der Entstehung der Paralyse legt Verf. dem Trunke bei. Syphilis als alleinige Ursache findet sich bei 8 Männern und 2 Frauen. Die übrigen Ursachen wirken teils direkt, teils indirekt. Als weitere Ursachen kommen in Betracht Erblichkeit, Temperament. besonders das cholerische, die Umgebung, der Beruf und das Lebensalter. Auffallend ist auch hier der hohe Prozentsatz der jüdischen Bevölkerung, welcher an Paralyse erkrankt. *Serger.*

Marandon de Montyel. Das Auftreten von Störungen des Kremaster-, Pharynx- und Patellar-Reflexes in den 3 Entwicklungsstadien der progressiven Paralyse bei denselben Kranken. Bulletin de la société de médecine de Belgique. September.

Bei einer Anzahl von Paralytikern wurde durch oft wiederholte Untersuchungen das Verhalten des Kremaster-, Pharynx- und Patellar-Reflexes in den verschiedenen Stadien der Krankheit untersucht. Beim Kremaster-Reflex wurde am häufigsten dieselbe Störung während des ganzen Verlaufes der Paralyse gefunden. Der Patellarreflex war häufiger als die anderen der einzige Reflex, der Störungen zeigte. Es werden

drei Typen des Verhaltens aufgestellt: 1. Ein Reflex zeigt während des ganzen Krankheitsverlaufes stets dieselbe Störung. 2. Ein Reflex zeigt eine Veränderung, die sich später in eine andere Störung umwandelt und diese zweite Form dauert bis zum Ende. 3. Ein Reflex wechselt mehrere Male den Charakter seiner Veränderung. Der erste Typus ist der häufigste, der zweite der seltenste. Die Abschwächung der Reflexe ist diejenige Störung, welche am häufigsten alle 3 Reflexe zugleich betrifft. Sie ist die einzige, die im Endstadium der Paralyse bei 2 oder 3 Reflexen zugleich vorkommt. *Otto Snell.*

Giannone. Analgesie des Nervus ulnaris bei Geisteskranken. The Alienist and Neurologist No. 1.

Bei 39 männlichen Paralytikern bestand Analgesie des Ulnaris in 23 Fällen (59 %), die Reaktion war schwach in 10 (25,6 %) und normal in 6 Fällen (15,4 %). Dagegen war bei 8 paralytischen Weibern die Reaktion normal bei 4 (50 %), während sie bei je 2 (25 %) gering war oder fehlte.

Christian (Charenton). Einige Fälle von syphilitischer Dementia. Annales médico-psychologiques. Juli und August.

Ein polemischer, gegen die syphilitische Ätiologie der progressiven Paralyse gerichteter Artikel.

Verf. teilt zunächst 7 Fälle reiner, zweifelloser Hirn-Syphilis mit. Alle verliefen nach dem gleichen Schema: Plötzlicher Beginn, lokalisirte Läsionen (Aphasie, Hemiplegie, Monoplegie, Augenstörungen u. a. m.), alsdann Dementia. Die syphilitische Erkrankung heilt, aber die Hemiplegie und die Dementia bleiben — ohne Zweifel deshalb, weil unheilbare Zerstörungen im Hirngewebe gesetzt sind. In allen diesen Fällen ist der pathogenetische Zusammenhang klar. Von der primären Infektion bis zur terminalen Zerstörung besteht eine Folge intim aneinander gebundener pathologischer Erscheinungen, welche eine absolut sichere Diagnose gestatten. In jedem Falle ist die Syphilis als solche definitiv geheilt, während die parasypilitische Schwäche stationär geblieben ist; weder die Lähmung noch die Dementia machen weitere Fortschritte.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei der allgemeinen Paralyse. Die Gründe, die man für ihre syphilitische Entstehung geltend macht, sind keineswegs beweisend. Die angebliche Analogie der Paralyse mit der Tabes ist sehr zweifelhaft und auch für letztere ist die luëtische Causalität eine hypothetische. Die Statistik, auf welche man sich in erster Linie beruft, ist durchaus nicht eindeutig; die auf die Anam-

nese gegründeten Erhebungen beruhen wohl oft auf Suggestion. Ist aber auch sicher erwiesen, dass zu irgend einer Zeit einmal bei einem Paralytiker Syphilis vorhanden gewesen ist, so fehlt doch durchaus der Nachweis des Zusammenhanges beider Affektionen. Ganz anders in den Fällen von Gehirn-Luës, in denen eine ununterbrochene Kette von Erscheinungen leicht festzustellen ist. Weiter versagt die antisyphilitische Behandlung regelmässig bei der allgemeinen Paralyse. Bei der cerebralen Syphilis — vorwiegend Herd-Symptome, bei der Paralyse — allgemeine symmetrische Hirn-Erscheinungen. Paralyse und Hirn-Luës sind also zwei total verschiedene Affektionen. In manchen Ländern ist auch die Hirn-Syphilis sehr verbreitet und die Paralyse sehr selten. Allerdings beobachtet man in seltenen Fällen die sogenannte allgemeine syphilitische Pseudo-Paralyse, welche thatsächlich auf Syphilis beruht und ein der echten Paralyse ähnliches Krankheitsbild zeigt.

Juschtschenko (Warschau). Über frühzeitige syphilitische Erkrankung des Nervensystems. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie No. 89.

Verf. handelt hier, nach vorausgeschickten allgemeinen Betrachtungen über frühzeitige Nerven-Syphilis und vielen Literatur-Angaben, hauptsächlich von Hemiplegieen syphilitischen Ursprungs, welche sich rasch nach der Infektion einstellten. Er zieht aus fremden und aus den eigenen Beobachtungen folgende Schlüsse:

Die Erkrankten sind meist junge, 25 bis 30 Jahr alte, zuvor gesunde Menschen, deren Syphilis nur ungenügend behandelt wurde.

Dem apoplektischen Anfalle gehen Vorboten voraus, vor Allem Kopfschmerzen, zuweilen Aufregung; derselbe erfolgt in der Regel nicht unter stürmischen Erscheinungen.

Am häufigsten ist die Apoplexie keine vollständige.

Die dem Anfalle zugrundeliegenden Veränderungen sind solche der Gehirngefässe, welche zu Thrombose oder zu Zerreissung führen können.

Eine energische Behandlung mit Quecksilber und Jod führt in den meisten Fällen zu guten Heil-Resultaten. Immerhin sind auch schon Ausnahmen von dieser Regel beobachtet worden.

Kalischer (Berlin). Über infantile Tabes und hereditär syphilitische Erkrankungen des Centralnervensystems. Separadabdruck aus dem Archiv für Kinderheilkunde. Bd 24.

Verf. theilt zunächst 3 selbst beobachtete Fälle mit:

Der erste Fall ist auf Grund der Luës der Eltern, der psychischen Entwicklungshemmung resp. des fortschreitenden Schwachsinns, der reflektorischen Pupillenstarre, der vermutheten Sehnervendegeneration, der specifischen Chorioretinitis, der Blasenstörung, des Verlustes der Patellarreflexe zweifellos als ein Fall von Luës cerebrospinalis anzusehen. Die charakteristischen Erscheinungen der Tabes fehlen, während die Betheiligung der Psyche auf einen mit einer Rückenmarckserkrankung verbundenen Gehirnprocess hindeutet.

Im zweiten Falle bestand zweifellos Luës cerebrospinalis, bewiesen durch die Syphilis der Eltern, die angeborene Hautaffektion, die geistige Schwäche und den Rückgang der psychischen Entwicklung, die Sehnervenatrophie, die Pupillenstarre, die Herabsetzung der Patellarreflexe, die Blasenstörungen; während viele charakteristische Erscheinungen der Tabes (Ataxie, lançinirende Schmerzen, Gürtelgefühl, Sensibilitäts-Störungen, Romberg) fehlten.

Beim dritten Falle lag bei einem mit hereditären Syphilis behafteten Kinde eine graue Sehnervenatrophie als einziges Zeichen der Erkrankung des Nervensystems vor.

Verf. führt nun weiter auf Grund der eigenen und fremden Beobachtungen Folgendes aus:

Die Erscheinungen der Tabes im Kindesalter beruhen fast stets auf cerebrospinalen syphilitischen Processen (Pseudotabes syphilitica) oder es handelt sich um Friedreich'sche Ataxie. Fälle ächter Tabes im Kindesalter sind jedenfalls höchst selten festzustellen, sobald man eingehend auf anderartige Erscheinungen von Luës cerebrospinalis oder von solchen der Friedreich'schen Ataxie untersucht. Die wenigen klinisch festgestellten Fälle kindlicher Tabes stehen stets mit Syphilis der Eltern im Zusammenhang. Die Luës cerebrospinalis im Kindesalter bietet viel häufiger das Bild der spastischen spinalen Paraplegie mit Reflexsteigerung und anderen diffusen cerebralen Störungen als das der Tabes mit Verlust der Patellar-Reflexe. Nicht selten liegen Combinationen vor, oft mit Überwiegen der cerebalen Erscheinungen. Die spinalen Symptome sind sehr mannigfaltig, je nachdem die Seiten- oder die Hinterstränge, die vorderen oder hinteren Wurzeln, die Häute oder die Rückenmarckssubstanz, oder beide gleichzeitig erkrankt sind.

Die Luës cerebrospinalis zeigt, im Gegensatz zur Tabes, einen mehr schubweisen Verlauf mit Schwankungen, Remissionen und Exacerbationen, und charakteristisch sind, der Tabes gegenüber, diejenigen Erscheinungen die auf eine diffuse Beteiligung des Gehirns hindeuten (Intelligenz-Defekt, Krämpfe, cerebrale Herd- und Lähmungserscheinungen, Cephalaea nocturna, Nystagmus, Neuritis optica, Somnolenz, Aphasie etc.).

Die Syphilis hat im allgemeinen die Tendenz, die chronischen Affek-

tionen des Nervensystems, namentlich Tabes und progressive Paralyse in frühere Lebensjahre zurückzuschieben. Wie die Tabes, so hat auch die progressive Paralyse im Kindesalter sehr nahe Beziehungen zur Syphilis. Sie kommt in der Regel 15—19 Jahre nach der Geburt, resp. der Ansteckung, zum Ausbruch. Hier dominiren die cerebralen Erscheinungen; die gleichzeitigen spinalen Symptome deuten zumeist auf eine Erkrankung der Seitenstränge hin, während starke Beteiligung der Hinterstränge nur selten beobachtet wird. Jugendliche Paralytiker haben öfters in früher Kindheit Erscheinungen der hereditären Syphilis aufgewiesen. Elterliche Paralyse ist häufiger, elterliche Tabes dagegen nur selten beobachtet worden.

Die Friedreich'sche juvenile oder hereditäre Ataxie sollte auch nicht mit der infantilen Tabes resp. Pseudotabes syphilitica zusammengeworfen werden; die erste tritt meist hereditär auf, beginnt aber später als die ererbte Hirn- Rückenmarks-Syphilis und ist durch einen langwierigen, meist progressiven Verlauf charakterisirt. Die Ataxie ist hier vorwiegend eine statische, verbunden mit coordinatorischen Störungen, sie tritt früh schon hochgradig auf und befällt meist zuerst die oberen Extremitäten; Romberg ist nicht sehr ausgeprägt, der Verlust der Patellar-Reflexe tritt erst später ein, Blasen- und Sensibilitätsstörungen sind i. d. R. wenig hervortretend, dagegen bestehen bei der Friedreich'schen Ataxie Sprachstörung, Nystagmus, Verkrümmung der Wirbelsäule und Deformation der Füsse, später oft Abnahme der Intelligenz. Sie scheint keinerlei Beziehungen zur Luës zu haben.

Die sogenannte Tabes dorsalis spasmodique ist keine Hinterstrangerkrankung, sondern eine solche der Seitenstrangbahnen, welche auf einer mangelhaften Entwickelung oder sekundären Degeneration der motorischen Bahnen der Pyramidenseitenstränge und der entsprechenden cerebralen Bahnen und Centren beruht, sie zeigt keine tabischen Erscheinungen. Sie gehört in das Bereich der spastischen cerebralen Kinderlähmungen. Für die cerebralen Kinderlähmungen wird auch die Syphilis sehr häufig verantwortlich gemacht, allein die Verhältnisse liegen selten so einfach, vielmehr scheinen hier die Ursachen sehr mannigfache zu sein und die Fälle, in denen die hereditäre Syphilis oder die Luës der Eltern die alleinige Ursache abgeben, dürften nicht allzu zahlreich sein.

Muskens, *L. J. J.* Die syphilitische Spinalparalyse. Psychiatrische und neurologische Bladen. 4.

Verfasser berichtet über einen Soldaten, der sich 1886 syphilitisch angesteckt hatte und 8 Jahre später Symptome aufwies, die vollständig mit den Fällen von *Erb* und *Kowalewsky* übereinstimmten: Blasenstörungen (Insufficenz des Detrusor), Parese beider Beine, stark erhöhte

Sehnenreflexe aus Sensibilitätsstörungen an den Unterschenkeln. Die Diagnose wurde auf syphilitische spastische Spinalparalyse gestellt. Von der gewöhnlichen (spastischen) Spinalparalyse unterscheidet sich die syphilitische durch eine im Verhältniss zu den gesteigerten Sehnenreflexen geringe Spannung der Muskeln, durch die Blasenstörung und die Sensibilitätsstörung; nach Verfasser ist die Affektion als eine besondere Krankheit anzusehen. — Der mitgeteilte Fall giebt dem Verfasser Gelegenheit sich des weitern über den Patellarreflex auszulassen. Die beiden bisher aufgestellten Theorien über das Zustandekommen des Patellarreflexes genügen dem Verfasser nicht. Nach ihm ist der Patellarreflex eigentlich kein Reflex, sondern beruht darauf, dass der Schlag auf die Sehne des m. Quadriceps eine momentane Zerrung des Muskels herbeiführt, welche die Kontraktion des Muskels bewirkt. Verschiedene mit dem faradischen Strom an der Sehne und dem Bauche des m. Quadriceps vorgenommene Versuche haben Verfasser zu dieser Ansicht geführt.

Serger.

Postowskij, N. P. Zur Diagnose der Syphilis-Psychosen. Rundschau für Psychiatrie etc. russisch. N. 1—2. Petersburg.

Verfasser bespricht die Ansichten *Heubner's*, *Schüle's*, *Erlenmeyer's*, *Mendel's*, *Ripping's*, *Fournier's*, *Foville's* und *Christian's* etc. über den Einfluss und das Verhältniss der Syphilis zu den Psychosen; er zeigt, wie es, gestützt auf diese Ansichten, begreiflich, dass die eigentlichen Syphilis-Psychosen noch immer unter den Gelehrten eine Streitfrage darstellen und nur von wenigen in der speciellen Psychopathologie und Klassifikation berücksichtigt werden. Dann giebt er drei ausführliche Krankengeschichten (Mania gravis, Dementia primaria, Dementia primaria cum paralysi), welche er selbst beobachtet, und welche seiner Meinung nach dazu beitragen sollen, um die gegebenen Symptome klinisch zu differenziren, und somit zu einer wirklichen klinischen Diagnose, andererseits aber auch die Grundlage zu einer pathogenetischen Diagnose geben sollen.

Auf Grund des in den Beobachtungen enthaltenen Materiales, kommt er zu folgenden Schlüssen:

1. Die Syphilis-Psychosen treten überwiegend unter dem klinischen Bilde der Mania gravis und Dementia primaria auf.

2. Als Symptome einer schweren Mania gravis syphilitica dürfen angenommen werden: a) das Auftreten von sich wiederholenden Anfällen vorübergehender motorischer Aphasie im Anfangsstadium der Krankheit, b) der remittirende oder progressive Verlauf in den beiden ersten Monaten

der Krankeit, c) fieberhafte Erscheinungen, d) die Abwesenheit verschiedenartiger Gesichts- und Gehörs-Hallucinationen.

3. Als Anzeigen einer specifischen Dementia primaria gelten: Bewusstseinsstörungen unter der Form der Schläfrigkeit oder Schlafsucht und der schwankende und rapide Wechsel schwerer und leichter Erscheinungen im Verlaufe der Krankheit.

4. Die syphilitische Dementia primaria kennzeichnet sich schon lange vor dem Auftreten von schweren Gehirnerscheinungen durch sichtbare Gedächtnisschwäche.

5. Diese Form zeigt eine gewisse Ähnlichkeit mit der dementen Form der Paralysis progressiva.

6. Hallucinationen einzelner Sinnesorgane wie auch Hallucinationen aller Sinne gehören bei der Dementia primaria syphilitica zu den seltenen Erscheinungen und entstehen in Folge zufälliger Ursachen wie z. B. Alkohol, oder sie hängen ab von dem Verlaufe dieses oder jenes anatomischen Prozesses und sind sozusagen Nebenerscheinungen; ganz ebenso muss auch das sporadische Auftreten von Umnachten des Bewusstseins mit Delirien, Hallucinationen und Angst-Affekten angesehen und gedeutet werden.

7. Die Syphilis-Psychosen gehören zu den organischen Psychosen.

8. Die klinischen Erscheinungen sprechen dafür, dass die Grundlage dieses Leidens auf meningealen und meningo-encephalitischen Prozessen beruht.

9. Bei diesen Psychosen können die Meningeal-Symptome eine bestimmte klinische Form darstellen, und zwar die der gummatosen Basalmeningitis.

10. Die Verschlimmerung der psychischen Symptome fällt gewöhnlich mit dem neuen Auftreten von Lues-Eruptionen auf der Oberfläche des Körpers oder in der Schädelhöhle zusammen.

11. Alkohl-Missbrauch ist bei diesen Psychosen als vorbereitendes Moment anzusehen.

12. Bei den Syphilis-Psychosen und gleichzeitigen luetischen Nervenleiden kann Temperatursteigerung mit Frost und Schweiss beobachtet werden, sowohl im Anfange des Beginnes des organischen Prozesses wie auch bei dessen Rückbildung unter dem Einflusse der specifischen Behandlung.

13. Die pathogenetische Diagnose der Syphilis-Psychosen lässt sich aus der Gleichzeitigkeit folgender Fakta ziehen: aus dem Vorhandensein klinischer Symptome, welche diese Psychosen charakterisiren, ihrer bestimmten Entwickelung und Verlauf, dem Bestehen bestimmter Beziehungen während des Verlaufes zwischen ihnen und den Lues-Erscheinungen in der Schädelhöhle oder auf der Körperoberfläche und

den Erfolgen bei den verschiedenen Behandlungsmethoden, besonders aber den specifischen.

14. Da die syphilitischen Leiden in ihrem Verlaufe sich ähnlich verhalten wie die gewöhnlichen akuten und subakuten Psychosen, die krankhaften Erscheinungen aber keine zufällige Symptomen-Gruppe darstellen, wie dies z. B. bei Herderkrankungen des Gehörs geschehen kann, sondern ein selbständiges Ganzes mit den der Psychose eigenen Charakterzügen, so gehört ihnen auch die Bezeichnung „Syphilis-Psychosen“ und müssen sie eine besondere Stelle in der Klassifikation der Geisteskrankheiten einnehmen.

A. v. Rothe.

---

8. Epilepsie und Hysterie.

Ref.: Vorster-Stephansfeld.

Unverricht. Ueber Epilepsie. Wiener kl. Rundsch. No. 26.

U. geht in seinem auf dem Kongress für innere Medizin gehaltenen Vortrage von der grossen sozialen Bedeutung der Epilepsiefrage aus, indem er anführt, dass 100000 Epileptiker im deutschen Reiche vorhanden sein sollen. U. macht die Pathogenese der Epilepsie zum Gegenstande seiner weiteren Ausführungen und lehnt sich dabei an das Tierexperiment an. Er selbst hat die durch elektrische Reizung der Hirnrinde erzeugten Anfälle zum Studium gewählt und ist dabei zu dem Ergebnisse gelangt, dass die Hirnrinde nicht nur für die Entstehung, sondern auch für die Fortentwickelung des Anfalls das bestimmende Organ sei. Er spricht sich so für eine ausschliesslich corticale Theorie der Epilepsie aus.

Bei seinen Reizversuchen des Hundegehirns fand U., dass jeder komplete epileptische Anfall sich aus 2 Hälften zusammensetzt, welche die auf einander folgende Erregung der beiden Grosshirnhälften wiederspiegeln. Folgen sich diese Anfälle in schnellerem Tempo, so wird dieser Gang verwischt und es tritt von vorne herein, wie bei der genuinen Epilepsie, ein verbreiteter Muskelkrampf ein. Unter Umständen entsteht durch spontane Rückfälle ein status epilepticus.

Nach Exstirpation von Teilen der motorischen Region wurden auch die Krampfanfälle verstümmelt. Nimmt man die ganze motorische Region einer Seite fort, so treten nur halbseitige Krampfanfälle auf. In den zu den exstirpirten Centren gehörigen Muskelgruppen kommen aber noch geringe Krampferscheinungen (sekundäre Krämpfe) zu Stande. Sie begleiten nur

die Krämpfe der anderen Seite (die primären Krämpfe) und fallen mit diesem fort, wenn man auch die andere motorische Region exstirpirt.

In Betreff der Atmung ergab sich, dass die krampfhafte Erregung einer bestimmten Rindenstelle einen langdauernden Atemstillstand hervorruft. Am Gefässapparate spielen sich Veränderungen ab, welche eine Einteilung in 4 Stadien gestatten. Auch am Gefässapparate zeigt sich eine Zweiteilung des Anfalls, welche auf die getrennte krampfhafte Erregung der beiden Hirnhälften hinweist. Die Veränderungen am Gefässapparat sind von den Muskelkrämpfen unabhängig, denn sie bleiben auch nach Curare-Vergiftung bestehen. Man kann dann einen reinen vasomotorischen Anfall beobachten.

Die Epilepsie ist nach U. nur ein symptomatischer Begriff. Bei den Alkohol-, Blei-, syphilitischen und urämischen Krämpfen ist die Epilepsie nur das Symptom einer bestimmten Erkrankung. Je weiter unsere Erkenntnis vordringt, desto mehr wird das Gebiet der genuinen Epilepsie eingeschränkt werden.

Kiernan, J. Spätformen der Epilepsie und Epilepsie im Anschluss an Encephalitis. — The Alienist a. Neurolog. April.

Epilepsie im Anschluss an infantile Encephalitis zeigt häufiger trophische Störungen an den Extremitäten, von der einfachen Form der „abgestorbenen Finger" bis zu Erscheinungen, die der Raynaud'schen Krankheit nahe stehen. Sie ist durch Bromide wenig zu beeinflussen: Unter ihrer Wirkung treten an Stelle der konvulsiven Anfälle psychische Erscheinungen, wie Stimmungswechsel, Mürrischkeit, Niedergeschlagenheit. Die vasomotorischen Nerven der Extremitäten sind geschwächt; Bromdermatosen treten verhältnismässig häufig auf, oft sehr hartnäckig. Einigemal starker Pruritus beobachtet. Ferner treten bisweilen nächtliche Erscheinungen, ähnlich dem Somnambulismus auf. Diese „encephalitische Epilepsie" bleibt in vielen Fällen im Anfang bei der Jackson'schen Form der Epilepsie stehen, oft nimmt sie aber die Gestalt der idiopathischen Epilepsie an. — Nach dem 25. Jahre, besonders zwischen dem 35. und 40. Jahre tritt bei Personen ohne hereditäre Belastung eine Epilepsie auf, die der nach Encephalitis in vieler Beziehung gleicht. Oft gehen nervöse Erschöpfung und Schwindelanfälle voraus, oft von Störungen des Sensoriums eingeleitet oder gefolgt. Sie gehen in Zustände mit Verlust oder Verdunkelung des Bewusstseins mit oder ohne motorische Erregung über. Dabei kommen auch in der Bewusstlosigkeit, bisweilen Zuckungen von Muskelgruppen vor. Alle diese Erscheinungen sind auf Toxine zurückzuführen. Eine grosse Rolle in der Behandlung spielt deshalb die Diät: Hauptsächlich Mehlspeisen; wenig, leicht verdauliches

Fleisch, reichlicher Wassergenuss. Von Medicamenten haben die Bromide und Nitro-Glycerin Erfolge aufzuweisen.

Klinke.

Winkler, *C.* Seltene Fälle von Epilepsie. Psychiatrische und neurologische Bladen. 3.

Verfasser berichtet über einen Fall von Epilepsie mit Erinnerungsaura, nachdem er einen ähnlichen, von *Jackson* veröffentlichten kurz referirt hat. — Es handelt sich um einen 21 Jahre alten Cigarrenmacher. Vor 6 Jahren erlitt derselbe einen Stoss gegen die rechte Stirn und 3 Jahre später stellten sich nächtliche Anfälle von Epilepsie ein. Seit 1/2 Jahre Anfälle, die konstant mit Erinnerungsaura begannen und entweder hierauf begrenzt blieben oder in einen vollständigen Anfall übergingen mit Drehung des Kopfes nach links und linksseitigen Facialiskrämpfen. Das Bewusstsein war vollständig verloren. Sonst fand sich auch tagelanger Traumzustand, durch Erinnerungsaura eingeleitet. Prof. *Kosteweg* machte die temporäre Schädelresection. Es fand sich in der Dura eine Narbe, entsprechend etwa dem mittelsten Dritteil der obersten und mittleren Stirnwindung. Die Gehirnrinde ist mit Dura und pia mater verwachsen und es besteht an der Stelle ein Angiom der Hirngefässe. Die krankhaft veränderte Gehirnrinde wird excidirt. Der Fall beweist, dass im Stirnhirne associative Verbindungen mit einer Reihe von Wahrnehmungsfeldern gelegen sind. Ueber das weitere Schicksal des Kranken wird nichts berichtet. Dem Aufsatze sind 3 Zeichnungen beigefügt.

Serger.

Winkler, *C.* Seltene Fälle von Epilepsie. Psychiatrische und neurologische Bladen. 4.

Verfasser tritt der Ansicht entgegen, nach welcher bei allen Formen von Epilepsie der Sitz der Erkrankung in der Gehirnrinde zu suchen sei. An 2 Fällen sucht er seine abweichende Ansicht zu beweisen. Im ersteren Falle handelt es sich um einen 32 Jahre alten Mann, der seit dem Jahre 1879 an Heufieber litt und danach regelmässig 1 bis 2 Mal im Jahre Anfälle von Epilepsia procursiva bekam. Die Intelligenz war absolut intact. Die Ähnlichkeit der Anfälle mit denjenigen bei Kaninchen, bei welchen der nodus cursorius im Mittelhirn zerstört ist, die absolut intacte Intelligenz sowie die eigentümliche Lähmung der Gefässe der Conjunktiva und Nasenschleimhaut bei dem Heufieber lassen den Verfasser den Sitz dieser Form von Epilepsie in das Mittelhirn verlegen. Im zweiten Falle beschreibt Verfasser eine „Epilepsia alternans“. Hier handelt es sich um einen 17 Jahr alten jungen Mann, welcher seit einem Jahre über Kopfschmerzen klagte. Es entwickelte sich im weiteren Verlaufe taumelnder Gang, Brechen,

Stauungspapille, unvollkommene Lähmung der conjugirten Deviation der Augen nach links und Anfälle mit tonischem Krampf in der linken Gesichtshälfte, mit Drehung des Kopfes und der Augen nach links und tonischen Krämpfen in den rechten Extremitäten. Vollkommene Trigeminusparalyse links und unvollkommene rechts. In einem solchen Anfalle erfolgte der Tod. Die Section ergiebt ein Gliom im rechten Schläfenlappen und ein Gliom im pons dicht oberhalb des Kernes des nervus abducens und der austretenden Wurzel des nervus facialis. Der erste der Tumoren kommt bei der Beurteilung des Falles nicht in Betracht. Der zweite lehrt, dass ebenso wie bei Herden im pons hemiplegia alternans vorkommen kann, auch Epilepsia alternans entsteht und beweist. dass Krämpfe auch von den subcorticalen Centren ausgehen können. — Die beigegebene Zeichnung lässt den Sitz des Tumors genau erkennen.

Serger.

Meyer, *L. S.* Ophthalmoskopische Untersuchungen bei Epilepsie. Psychiatrische und neurologische Bladen. 3.

Verfasser wendet sich zunächst gegen die von *Bouchut* vorgetragene Lehre, dass man durch die Untersuchung des Augenhintergrundes mit dem Augenspiegel eine Einsicht gewinnen könne in die Circulationsverhältnisse der Gehirnrinde. Anatomische Verhältnisse, welche des weitern ausgeführt werden, machen dies unmöglich. Verfasser hat nur an 4 Epileptischen regelmässige ophthalmoskopische Untersuchungen angestellt. Er kommt zu dem Schluss, dass die Annahme, ein epileptischer Anfall werde verursacht durch eine Anämie der cortikalen motorischen Centren oder käme zeitlich verbunden mit ihr vor, zum mindesten nicht allgemein giltig ist. Das Vorkommen von venöser Pulsation und Hyperämie des Augenhintergrundes gleichzeitig mit epileptischen Anfällen ist eine Erscheinung, die Aufmerksamkeit verdient und weitere Untersuchungen in Bezug auf die Circulationsverhältnisse bei Epilepsie nötig macht.

Serger.

Flechsig, *Paul.* Zur Behandlung der Epilepsie. Neurolog. Centralbl. No. 2.

Verfasser warnt vor kritikloser Anwendung seiner Opium-Brom-Behandlung. Er betont, dass diese Methode besonders dann am Platze sei, wenn die Bromkur allein versage. Niemand soll sich an die Kur machen, der nicht den allerhand Zufällen, welche bei der Darreichung grosser Opiumdosen eintreten können, gewachsen ist. Unter 50 Fällen wurden 6 eklatante Besserungen, d. h. Sistirung der Anfälle bis zur Dauer von $2^1/_4$ Jahren, erzielt.

Laudenheimer. Über das Verhalten der Bromsalze im Körper der Epileptiker, nebst Bemerkungen über den Stoffwechsel bei der Flechsig'schen Opium-Bromkur. Neurolog. Centralbl. No. 12.

L. unterwarf die übliche Angabe, dass die Bromalkalien nach 12 bis 36 Stunden nach der Verabreichung den Organismus zum grössten Teile wieder verlassen haben, einer genaueren Prüfung und fand dabei, dass enorme Quantitäten Bromalkali (es wurde stets Bromnatrium gegeben) im Körper aufgespeichert werden. Z. B. hatte ein Epileptiker, der täglich 10 Gr. Br.-Na. erhielt, nach Verlauf von 8 Tagen von 80 Gr. nur 35 Gr. ausgeschieden.

Nach einer gewissen Zeit der Darreichung des Brom tritt eine Art Sättigung des Körpers mit Brom ein, indem die Bromausscheidung durch den Urin allmählich steigt, bis schliesslich die Bromausfuhr die Höhe der täglichen Einfuhr erreicht. Der Organismus der Epileptiker ladet sich gewissermassen im Beginn der Bromkur mit Brom und, wenn ein gewisses Maximum erreicht ist, hält er dieses fest, solange die Zufuhr gleich bleibt. Er setzt sich ins Bromgleichgewicht. Entsprechend der Aufnahme von Brom wird Chlor ausgetrieben.

Bei mehreren Patienten, die der Flechsig'schen Kur unterworfen wurden, zeigte sich in der Opium-Periode eine auffällige Steigerung der Urinmenge.

In Bezug auf die weiteren Angaben muss auf das Original verwiesen werden.

Ackermann, Zur Actiologie der Epilepsie. — Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachs. u. Epilept. No. 2/3.

Verf geht von den verwandten Beziehungen aus, die sich zwischen der Epilepsie, sowie der Urämie und Eklampsie vorfinden. Bei den beiden letzteren Erkrankungen hat man schon längst angenommen, dass sie ihren Grund in einer Veränderung des Blutes und der Säfte haben und so liegt der Schluss nahe, dass bei der Epilepsie dieselben ätiologischen Momente in Betracht kommen. Verf. ist der Ansicht, dass auch bei der Epilepsie eine verminderte Alkalescenz des Blutes die Hauptursache der Entstehung des Leidens sei, gab Alkalium in Form des Wiesbadener Gichtwassers. Die bisherigen spärlichen Ergebnisse sind wenig überzeugend.

Mahnert, Franz. Zur Kenntnis der „Herzepilepsie" im Allgemeinen und der „senilen arteriosclerotischen Epilepsie". Wiener med. Wchschrft. No. 33.

M. weist darauf hin, dass die Berichte über „Herzepilepsie" noch spärliche sind und dass man erst im letzten Jahrzehnte derselben grössere

Aufmerksamkeit geschenkt hat. Diese Form der symptomatischen Epilepsie ist charakterisirt durch den Zusammenhang mit Erkrankungen des Herzens. sowohl des Herzfleisches wie des Klappenapparates, und der grossen und kleinen Gefässe. Die Abwesenheit anderer ursächlicher Erkrankungen, der Umstand, dass die Anfälle eine direkte Beziehung zur Herzerkrankung erkennen lassen und in Übereinstimmung mit der Besserung resp. Verschlechterung der Herzthätigkeit stehen sowie der direkte Einfluss der gebräuchlichen Herzmittel auf die Stärke und Zahl der Anfälle weisen mit Sicherheit darauf hin, dass das Herz- resp. das Gefässleiden die Ursache der Epilepsie darstellt.

Bei jüngeren Individuen mit Herzepilepsie sind meistens Erkrankungen am Klappenapparate, bei älteren Arteriosklerose nachzuweisen. Diese Fälle von seniler Epilepsie betreffen Leute, bei denen jenseits der 50er Jahre die Epilepsie zuerst auftritt. M. wählt deshalb die Bezeichnung senile arteriosklerotische Epilepsie.

M. stellt aus der Literatur die bisherigen Mitteilungen zusammen und berichtet dann über drei eigene Beobachtungen von Spät-Epilepsie, welche in sklerotischen Veränderungen der Gefässe, hervorgerufen durch Alkoholmissbrauch, Lues, harnsaure Diathese, ihren Grund hatten. Zur Erklärung dient ihm eine mechanische Theorie. Die verdickten Gefässwandungen üben einen Druck auf ihre Umgebung aus und die Excursionen, die in Folge des Anpralles der Blutwelle entstehen, müssen von der Umgebung stärker und unvermittelter empfunden werden. M. leitet so die Auslösung der Anfälle von der Nachbarschaft des atheromatösen Prozesses ab.

Charon, R. u. Briche, E. Recherches cliniques sur l'alcalescence au sang et les injections de solutions alcalines chex les épileptiques. Archives de Neurologie. No. 24.

Bei ihren Untersuchungen fanden die V., dass man im Laufe eines Tages drei Zeitperioden von je 3 Stunden beobachten kann, in denen die Zahl der epileptischen Anfälle ihr Maximum erreicht. Da nun in denselben Zeiten die alkalische Reaktion des Blutes ihr Minimum erreicht, so lag es sehr nahe, diese beiden Faktoren in einen ätiologischen Zusammenhang zu bringen und dies therapeutisch zu verwerten. Sie spritzen daher den Kranken Lösungen von Alkalien (neutrales phosphorsaures Natron) unter die Haut und erzielten so eine, wenn auch nach einer Stunde schon wieder vorübergehende Vermehrung der alkalischen Reaktion des Blutes, während dieser Zeit trat kein epileptischer Anfall ein. Die Zahl der einzelnen Anfälle nahm ab, desto mehr aber traten Serien von Anfällen auf, so dass die Gesammtzahl der epileptisehen Anfälle nach der Injection, in vielen Fällen sogar recht beträchtlich grösser war. Die postepileptischen psychischen

Affektionen waren verstärkt; einmal trat bei einer psychisch früher intakten Person eine heftige Erregung mit schreckhaften Hallucinationen auf. Schliesslich sei noch darauf hingewiesen, dass bei fast allen Kranken eine mehr oder weniger bedeutende Abmagerung sich einstellte.

Séglas. Sur l'amnésie rétrograde dans l'épilepsie. — Annal. d'hygiène publique. Mai.

S. berichtet über 2 einschlägige selbst beobachtete Fälle. Im ersten handelt es sich um einen 28jährigen Mann (Vater Trinker, Mutter nervös), welcher seit dem 14. Jahre an epileptischen Anfällen leidet. Eines Mittags bekam er beim Essen einen Anfall, nachdem er am Morgen noch verschiedene Ausgänge in die Stadt besorgt, auch seine Bibliothek noch geordnet hatte. Nach dem Anfalle erinnerte er sich der Vorgänge an diesem Morgen in keiner Weise.

Der zweite Fall betrifft eine 58jährige Kranke, die seit 5 Jahren epileptisch ist. Dieselbe bekam einen Anfall in Gegenwart des Arztes, nachdem sie sich ihm gegenüber in aller Ruhe, ohne irgend welche Zeichen von Erregung, eingehend über ihre Krankheit geäussert hatte und genau z. B. auch mit dem Perimeter untersucht war. Nach dem Anfalle hatte sie an diese Vorgänge keine Erinnerung, erkannte auch den Perimeter nicht wieder.

Teeter Nelson. The Auto-toxic Origin of epilepsy. — The Alien. and Neurolog. April.

Die Frage nach dem autotoxischen Ursprunge der Epilepsie ist in der letzten Zeit wieder mehrfach in verschiedener Weise erörtert worden. T. unterwarf das Blut und den Urin von Epileptikern einer Untersuchung, indem er besonders den Harnsäure-Gehalt bestimmte. Er fand dabei, dass in Fällen von idiopathischer Epilepsie das Blutserum reicher an Harnsäure ist, wie in der Norm.

In einigen Fällen ergab sich direkt nach dem Anfalle eine Zunahme, in andern eine Verminderung des Harnsäure-Gehalts. Darnach scheint zwischen dem Harnsäure-Gehalt und den epileptischen Anfällen nur eine geringe Beziehung zu bestehen, und vielmehr den übrigen Excretionsstoffen eine wichtige Rolle zuzukommen.

Muratow, W. A. Zur pathologischen Physiologie und Differential-Diagnose der Rindenepilepsie. Medizinische Rundschau. No. 1. 1986.

Verfasser berichtet über einen Fall von Rindenepilepsie und stellt dieselbe solchen Fällen von Hysterie gegenüber, deren klinisches Bild den

Fällen von Jackson'scher Epilepsie sehr nahe kommt, und geht dann näher auf die Differentialdiagnose der Rindenepilepsie ein. Der grösste Teil der Arbeit befasst sich mit der Erklärung der Pathogenesis der Jackson'schen Epilepsie. Die klinischen und anatomischen Erscheinungen einer Analyse unterziehend, kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: 1. Die Rindenepilepsie wird bedingt durch einen herdartigen Prozess in den Bewegungslappen des Gehirns. 2. Die bogenförmigen Fasern sind die Wege, welche den epileptischen Reiz überführen. 3 Die Entartung der bogenförmigen Fasern versetzt die in der Nähe befindlichen Zellen in einen Zustand beständiger Hypertonie. 4. Die Herderkrankungen beim Menschen geben ganz eben solche Symptome wie das Tierexperiment — Lokalerscheinungen, sowohl reflektorische wie auch Entartungs-Erscheinungen. 5. Die Veränderung des Muskelgefühls hängt von dem Ausfall der bogenförmigen Fasern ab. 6. Begrenzte Rindenerkrankung mit umfangreicher Entartung der Leitungsbahn, aber wenig beschädigten Verbindungsbahnen verlaufen mit hervorragend paralytischen, jedoch ohne epileptische Erscheinungen. 7. Die aufgezählten pathologo-physiologischen Bedingungen lassen sich auch in solchen Fällen verwerten, in denen kein destruktiver Prozess zu Grunde liegt und wir es nur mit funktionellen Störungen zu thun haben. So viel wir im Rechte sind, aus den anatomischen Erkrankungen auf die funktionelle Neurose zu schliessen, müssen wir auch aus der Ähnlichkeit der klinischen Erscheinungen auf eine Gleichartigkeit der Lokalisations-Prozesse folgern.

A. v. Rothe.

Bresler, Beitrag zum Verhalten des Respirationsapparats bei epileptischen Krämpfen. — Med. Wchschr. No. 43.

Verf. geht von der Beobachtung aus, dass Schmerzen in der Seite, auf der Brust oder auch im Rücken zu den häufigeren postepileptischen Beschwerden gehören. Er glaubt dieselben durch subpleurale Petechien erklären zu müssen, welche während des Anfalls bei der Hyperämie der Lungen in Folge der heftigen Zuckungen der willkürlichen Muskeln, des Hin- und Herwälzens des Rumpfes und der ruckweisen, aber fruchtlosen Athemstösse entstehen.

Durch die Sektionsergebnisse wurde diese Annahme nicht in genügender Weise gestützt.

Westphal A. Über Pupillenerscheinungen bei Hysterie. — Berlin. Klin. Wchschrft. No. 47.

Veränderungen der Pupillenreaktion bei Hysterischen sind bisher nur in geringer Zahl beschrieben. Verf. beschreibt 3 interessante einschlägige Beobachtungen.

Bei der ersten Patientin fand sich die bemerkenswerte Thatsache, dass die in der Regel hochgradig verengten, myotischen, auch bei intensiver Beleuchtung mit koncentrirtem Licht reaktionslosen Pupillen sich zeitweilig erweiterten, und dass es dann unter Umständen möglich war, prompte Lichtreaktion nachzuweisen. W. erklärt diese Erscheinung durch einen spastischen Zustand des M. Sphincter Iridis, der psychisch bedingt unter gewissen Bedingungen vorübergehend schwindet. Das eigentümliche Verhalten der Pupillen, besonders der plötzliche Wechsel von Kontraktur und Erweiterung, lässt einen Lähmungszustand mit Sicherheit ausschliessen.

Auch in dem 2. Falle fand sich Verengerung und Starrheit der Pupillen, kombinirt mit doppelseitigem Strabismus convergens. Die Erscheinungen werden ebenfalls als spastische gedeutet. Der psychogene Ursprung der Kontrakturen wurde besonders deutlich durch die Möglichkeit, dieselben durch Hypnose zu beseitigen und willkürlich wieder hervorzurufen. Ferner wurde einigemal auch die paradoxe Reaktion beobachtet. Ihr Vorkommen bei einer funktionellen Erkrankung wird besonders hervorgehoben im Gegensatz zu *Siemerling's* Beobachtungen, wonach dieselbe ein Vorläufer der reflektorischen Starre ist.

Zwei weitere Fälle bestätigen die jüngst von *Karplus* erhobene Behauptung, dass Pupillenstarre auch im hysterischen Anfall vorkommt. Darnach kann die differentiell-diagnostische Bedeutung der Pupillenstarre nicht mehr in dem Umfange wie früher aufrecht erhalten werden.

Teirlinck, A. Un cas de Pseudo-Appendicite hystérique chez un garçon de dix ans. — Annal. et Bull. de la Société de Méd. de Gand. Oktobr. p. 205.

Bei einem 10jährigen Knaben traten nach dem Genuss einer Birne heftige Schmerzen in der Ileo-Coecal-Gegend sowie häufiges Erbrechen auf. Der Leib war aufgetrieben, der rechte Oberschenkel wurde gebeugt gehalten. Es bestanden so die Erscheinungen einer Typhlitis, nur fehlte der charakteristische Tumor. Im Verlaufe von einigen Tagen schwanden alle Störungen, kehrten jedoch häufig anfallweise wieder.

Nach 2jähriger Krankheitsdauer änderte sich plötzlich das Krankheitsbild, indem an Stelle dieser an Typhlitis erinnernden Symptome kataleptische Erscheinungen mit Gesichts- und Gehörstäuschungen auftraten. Durch hypnotische Suggestion wurde vorübergehend Besserung erzielt.

Verf. rechnet diesen Fall zu den seltenen Beobachtungen von hysterischer Pseudo-Typhlitis.

Kunn, C. Über Augenmuskelstörungen bei Hysterie. — Wiener Klinisch. Rundsch. No. 22 u. f.

M. berichtet über 4 selbstbeobachtete interessante Fälle von Augenmuskelstörungen auf hysterischer Basis und kommt unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur zu dem Schlusse, dass folgende Formen von Augenmuskelstörungen bei Hysterie vorkommen können:

1. Dissociation der Augenbewegungen. Die Augen bewegen sich unabhängig voneinander in ganz atypischer Weise; dabei braucht keine Beweglichkeitsbeschränkung im Sinne der einzelnen Muskeln zu bestehen.
2. Lähmungszustände. Dieselben können befallen:
   a) einzelne Muskeln,
   b) miteinander associirte Muskelgruppen (sog. Blicklähmungen.)
3. Krampfzustände. Dieselben können befallen:
   a) einzelne Muskeln (spastisches Schielen),
   b) miteinander associirte Muskelgruppen (Déviation conjuguée),
   c) beide Recti mediales und die Binnenmuskulatur (Convergenzkrämpfe.
4. Strabismus concomitans.
5. Nystagmus.
6. Krampf- und Lähmungszustände der Binnenmuskeln des Auges.
7. Krampf- und Lähmungszustände der Muskulatur der Lider. (Blepharospasmus, Nictitatio, Ptosis pseudoparalytica).

Hitzig, E. Über einen durch Strabismus und andere Augensymptome ausgezeichneten Fall von Hysterie. — Berliner Klin. Wchschrft. No. 7.

H. weist auf die Seltenheit der Motilitätsstörungen der Augenmuskeln bei Hysterie hin, sowie darauf, dass noch ein Streit besteht, ob die bisher beschriebenen Lähmungen nicht nur verkannte Kontrakturen gewesen sind. Aus eigener Beobachtung führt H. sodann einen höchst interessanten Fall an, aus dessen Krankengeschichte ich kurz folgendes erwähne.

Ein 36jähriger Arbeiter (potator) hatte sich mit einer Sense in das Bein geschnitten. Danach grosser Blutverlust. Einige Tage, nachdem die Wunde primär geheilt war, stellte sich eine „Augenentzündung", Doppelsehen und vollkommene beiderseitige Ptosis ein. Beide Augen waren stark nach innen und unten rotirt. Ferner Anästhesien am linken Bein und rechten Arm, allmähliche Abnahme des Sehvermögens. Bei der genaueren Untersuchung ergab sich: krampfhafte Kontraktion des Rectus int. und Rectus inf., starke Verengerung der Pupillen, die selbst bei intensiver Beleuchtung kaum reagiren, angeblich völlige Amaurose. Bei der eingeleiteten Narkose begannen sich die Augen schon nach wenigen Zügen Chloroform frei nach allen Richtungen hin zu bewegen, die Pupillen erweiterten sich vorübergehend etwas über die Norm und rea-

girten ganz prompt auf Licht. Nach dem Erwachen öffnete er die Lider spontan und erkannte vorgehaltene Gegenstände richtig.

Bald danach wieder vollkommene Ptosis und auch sonst Rückfall in den früheren Zustand. Im Anschluss an eine bei klinischer Vorstellung ausgeübte Suggestion verschwanden sämmtliche Symptome, um später wieder aufzutauchen. Später trat noch eine Hörstörung auf dem linken Ohr hinzu.

Der Fall gewährt in anschaulicher Weise einen Einblick in den Mechanismus des Zustandekommens der hysterischen Symptome. Ich begnüge mich mit dem Hinweise auf das Original.

Ein Teil der an den Augen beobachteten Störungen (Strabismus, Myosis) waren zweifellos Reizsymptome. Die Ptosis war jedoch paralytischer Natur. Als Zeichen dafür führt H. den Befund an, dass der obere Rand der unteren Lider eine leicht nach unten konvexe Linie bildete, während diese Linie bei jeder willkürlichen oder spastischen Kontraktion des Orbicularis palpebrarum eine Grade ausmachte.

H. hält es für sicher, dass die hysterische Ptosis in der Regel auf Grund eines Reizungszustandes, in seltenen Fällen jedoch auf Grund einer Lähmung zu stande kommt.

Eulenburg, *A.* Eine seltene Form lokalisirten klonischen Krampfes. Simulation, Unfallneurose oder hysterische Schreckneurose? — Deutsche medic. Wchschrft No. 1.

Im Verein für innere Medizin stellte E. einen 31jährigen Patienten vor mit rhythmisch in ganz stereotyper Weise wiederkehrenden klonischen Zuckungen des linken Armes, einem Beugekrampf oder Adduktionskrampf im Schultergelenk. Wesentlich beteiligt ist das Muskelgebiet des Pectoralis major und der Clavicularportion des Deltoideus. Die mittlere Frequenz dieser Stösse beträgt 22—26 in der Minute. Willensanstrengungen des Kranken, auch starkes Faradisiren vermögen das Zustandekommen des Krampfes nicht zu hemmen. Selbst im tiefen Schlafe hören die Zuckungen nicht ganz auf.

Die Hautsensibilität ist fast im ganzen linken Arm und in einem grossen Teil der linken Rumpfhälfte bedeutend herabgesetzt.

Dieser Krampf besteht seit 5 Jahren, nachdem der Pat. 2 Jahre vorher einen Bruch des linken Unterschenkels erlitten hatte, dessen Heilung sich sehr verzögerte. Er wurde daher damals in eine Heimstätte für Verletzte gebracht, und dort stellte sich im Anschluss an eine psychische Erregung der Krampf ein.

Simulation schliesst E. völlig aus und rechnet den Fall zu den Schreckneurosen, eine Annahme, die durch die Komplikation des Falles mit jenen Sensibilitätsstörungen noch besonders gestützt ist.

Der Fall bietet E. noch Gelegenheit, Missbräuchen, die auf dem Gebiete der „Unfallsnervenkrankheiten“ vielfach eingerissen sind, entgegenzutreten und darauf hinzuweisen, dass bei der ätiologischen Würdigung dieser Zustände schärfer unterschieden werden müsse zwischen der wirkenden Ursache und dem, was höchstens in gewissem Sinne als Mitbedingung anzusehen sei.

Determann, Zur Kenntniss von Ueberlagerungen organischer Nervenerkrankungen durch Hysterie. Neurolog. Centralbl. No. 13.

D. weist darauf hin, dass es von grosser Wichtigkeit ist, darauf zu achten, dass Verschleierungen organischer Krankheiten durch functionelle vorkommen, und berichtet über einen höchst interessanten einschlägigen Fall. Ein 28jähriger Pat. stiess sich in den rechten Arm unterhalb des Ellenbogens eine Nadel, welche in Narkose nach Anlegung einer elastischen Binde entfernt wurde. Bald nachher stellte sich eine motorische Lähmung im Gebiete der 3 Armnerven her, ferner an demselben Arm eine Sensibilitätsstörung, welche sich von einer 5 cm. oberhalb des Handgelenks gelegenen Stelle handschuhförmig nach abwärts erstreckte.

Wenn die Sensibilitätsstörung sicher hysterischer Natur war, so sprach gegen die Annahme, dass die motorische Lähmung ebenfalls eine hysterische sei, electrische Untersuchung. Diese ergab, dass an der Umschnürungsstelle eine Läsion aller 3 Nervenstämme stattgefunden hatte. Der Nerv leitete oberhalb jener Stelle schlecht, an der Stelle selbst fast gar nicht, und unterhalb war die Leitung grösstenteils erhalten. Es bestanden also 2 Störungen zu gleicher Zeit, eine durch organische Veränderung bedingte Lähmung des rechten Armes und eine hysterische Anästhesie derselben Extremität.

Philipp Coombs Knapp (Boston). Traumatic neurasthenia and hysteria. Brain. 1897.

An 200 Fällen eigner Beobachtung werden das Wesen, die Erscheinungen im einzelnen, Prognose und Therapie der traumatischen Neurose (eine Bezeichnung, die *Kn.* verwirft) durchgesprochen. Die Scheidung der Fälle in litigente und nicht litigente liefert interessante Ergebnisse hinsichtlich des Vorkommens und der Beurtheilung einzelner Symptome und macht *Knapp* zu einem Gegner der Anschauungen *Strümpell's* über den suggestiven Einfluss der Unfallsentschädigung. *Matusch.*

Jacobi, J. W. und *Lamberts, P, H.*, Ein Fall von traumatischer Hystero-Epilepsie. Psychiatrische und neurologische Bladen. 3.

Verfasser veröffentlichen einen Fall von Hystero-Epilepsie, der mit dem von Prof. *Winkler* in derselben Nr. der Psychiatrischen Bladen mitgeteilten — auch in dieser Zeitschrift besprochen, — eine grosse Ähnlichkeit hat. Es handelt sich um ein am 2. Nov. 1881 geborenes junges Mädchen, welches im zweiten Lebensjahre eine Wunde über dem rechten Auge sich zuzog, an welche sich eine Wundinfektion anschloss. Die Narbe ist druckempfindlich. Seit 1892 bestehen hysterische Anfälle, welche sich zum ersten Male in Folge heftiger Gemütsbewegungen zeigten und sich in der Folge häufig wiederholten. Sie wurde, da die Mutter fürchtete, sie könne auf Abwege geraten, sehr gegen ihren Willen 1896 in ein Kloster gesteckt. Hier verschlimmerten sich die Anfälle aber derartig, dass die Kranke in ein Krankenhaus gebracht werden musste. Seit dem Januar 1897 verbinden sich mit diesen Anfällen eigenartige Dämmerzustände, in welchen die Kranke glaubt, in einem Kloster zu sein und sich als Nonne drapirt. Die Anfälle beginnen mit einer auffallenden Heftigkeit, und es kehrt im Beginn der Anfälle immer wieder die Vorstellung von ihrer zwangsweisen Unterbringung im Kloster zurück. Die tonischen und clonischen Zuckungen beginnen immer auf der linken Seite und sind auch auf dieser Seite am deutlichsten ausgeprägt. Die Pupillen sind eng und reactionslos. Die Amnesie in den freien Zeiten ist eine vollständige. Die Verfasser stellen auch in diesem Falle eine Erinnerungsaura fest, und sie lokalisiren dieselbe im Stirnhirn. Auch in diesem Falle soll eine temporäre Resektion des rechten Teiles des Stirnbeins gemacht werden. 2 Photographieen der Kranken — eine in der freien Zeit und eine im Dämmerzustand — sowie 2 Gesichtsfeldaufnahmen sind der Arbeit beigefügt. *Serger.*

Blok, J., Mydriasis und Accommodationsparalyse bei Hysterie. Psychiatrische und neurologische Bladen. 1. 1898.

Verfasser veröffentlicht die ausführliche Krankengeschichte eines 25 Jahre alten jungen Mädchens, das seit dem 18. Lebensjahre eine ganze Reihe von ausgesprochenen hysterischen Symptomen aufweist. Durch Suggestion gelang es sogar, die Sehschärfe zu bessern und eine auf dem rechten Auge bestehende Myopie verschwinden zu lassen. In der Mitte des Jahres 1897 stellte sich Mydriasis und Accommodationsparalyse auf beiden Augen ein. Die Reaktion der Pupillen war erloschen. Einträufelungen von Eserin. sulfur. halfen nur im Beginn der Erkrankung, später absolut nicht mehr. Verfasser bespricht ausführlich die Möglichkeiten, welche diese Erscheinungen bewirkt haben können, und bleibt bei seiner Ansicht, dass es sich um ein hysterisches Symptom handle, bestehen. Der weitere Verlauf giebt ihm Recht: Plötzlich am 4. Dezember kann Pat. wieder sehen, ebenfalls ist das Accommodationsvermögen wieder

zurückgekehrt. Dasselbe geschieht nach einiger Zeit mit dem rechten Auge. In der Folge bleibt der Zustand beständig wechselnd. Wenn die Mydriasis verschwindet, kehrt auch sofort die Reaction der Pupillen zurück. *Serger.*

Terrien (Vendée). **Kindliche Hysterie in der Vendée. Archives de Neurologie. N. 22 und 23. Oktober und November.**

Verfasser hatte reichlich Gelegenheit in der Vendée Beobachtungen über die dort sehr verbreitete Hysterie zu machen. Er hat namentlich auch die kindliche Hysterie oft gesehen und gründlich untersucht und teilt hier 18 bezügliche Beobachtungen eingehend mit: Diese führen ihn zu folgenden Schlüssen:

1. Hysterie kommt bei Kindern jeden Alters vor, bei Neugeborenen, in der ersten und zweiten Kindheit bis zur Pubertät.

2. Die Hysterie ist beim Kinde weder häufiger noch seltener als in jedem andern Lebensalter.

3. Die Hysterie ist die gleiche bei Kindern und Erwachsenen. Man beobachtet beim Kinde alle geistigen und körperlichen Erscheinungen der Neurose. Es giebt keine kindliche Hysterie, ebenso wenig als eine männliche oder weibliche. Sie ist nicht allein psychisch, sondern auch sehr häufig somatisch begründet.

4. Die Hysterie kann wie bei Erwachsenen fast alle Leiden des Nervensystems und andere Erkrankungen vortäuschen. Verfasser hat Vortäuschung von Meningitis, organischen Lähmungen und Kontrakturen von Intoxikationen und Diabetes sowie von Coxalgie beobachtet.

5. Wie bei Erwachsenen kann auch bei Kindern die Hysterie sich mit Neurosen und anderen Krankheiten verbinden und dadurch den Beobachter leicht irre führen — allein dies ist nicht sehr häufig, weil die meisten organischen Läsionen erst im späteren Alter auftreten.

6. Diagnose der Hystrie ist bei Kindern weit schwerer als bei Erwachsenen sicher zu stellen, denn die mündlichen Mitteilungen sind sehr mangelhaft, die Stigmata schwer festzustellen. Es ist deshalb eine sehr gründliche Untersuchung und fortgesetzte Beobachtung dringend geboten.

7. Die Prognose der hysterischen Erscheinungen ist in den ersten Lebensjahren nicht gerade ungünstig, weil die Erkrankung noch nicht lange dauert; allein Recidive verschiedenster Art treten sehr leicht ein, weil es sich um ein konstitutionelles Leiden handelt.

8. Die Ätiologie ist die gleiche wie bei Erwachsenen, jedoch spielt erbliche psychopathische Anlage eine hervorragende Rolle; nach ihr kommt die alkoholische Heredität, weiter die Erziehung von einem abergläubischen

Medium. Gelegenheits-Ursachen können Traumen und lebhafte Gemüts-Aufregungen werden.

9. Die Behandlung. Die Suggestion, namentlich im Zustand der Hypnose, hat sich dem Verfasser bei hysterischen Erwachsenen trefflich bewährt; beim Kinde dagegen soll dieselbe nur mit grösster Vorsicht und nur bei ganz hartnäckigen Fällen angewandt werden. Wach-Suggestion ist bei älteren, schon verständigen Kindern durchaus empfehlenswert und führt zu guten Heil-Resultaten.

Die sonst empfohlene Isolirung der Kranken ist auf dem Land nicht durchführbar.

10. Die Prophylaxe hat die Aufgabe bei Veranlagten alle Aufregungen fern zu halten, die Einbildungskraft möglichst wenig in Mitleidenschaft zu ziehen, sowie den Geist nicht zu überanstrengen.

Kirn.

Nowicki, O. G. Zur Kasuistik der Hysterie bei Soldaten. Ein Fall sogenannter hysterischer Intermittens. Wratsch. N. 21.

Der Verfasser macht darauf aufmerksam, dass die Hysterie bei Soldaten durchaus nicht zu den Seltenheiten gehöre, trotzdem jedoch sehr häufig nicht erkannt werde. Auch russische Militärärzte haben diese Krankheit recht oft beobachtet und beschrieben, und dennoch werde die Hysterie bei Soldaten nicht selten als Simulation aufgefasst oder im glücklichen Falle als eine andere somatische Krankheit hingestellt. N. beschreibt einen Fall von Hysterie bei einem Soldaten, welcher bei oberflächlicher Beobachtung als eine somatische Krankheit, und zwar als periodisch auftretende Intermittens bezeichnet wurde.

Der Vater des Kranken (ehemaliger Eisenbahnmaschinist) litt häufig an Migräne und musste deshalb seinen Dienst aufgeben; eine Schwester soll schon seit lange an heftigen Kopfschmerzen leiden, eine zweite litt in ihrer Jugend an Krämpfen. Patient litt von Jugend auf an Migräne, deren Anfälle mit der Zeit immer häufiger und heftiger wurden; ausser Masern hat er keine Krankheiten durchgemacht, Onanie nie betrieben, Syphilis nicht gehabt, nie ausschweifend weder in Baccho noch Venere gelebt. Im Jahre 1891 fiel er bei dem Remontiren einer Dreschmaschine aus einer Höhe von 2 Klaftern auf die Erde, blieb einige Stunden ohne Besinnung, und obgleich ausser blauen Flecken (Blutunterlaufung) auf der linken Körperhälfte keine Verletzungen konstatirt wurden, verbrachte er 3 Monate im Bett, da er seine Extremitäten nicht bewegen konnte. Als er wieder aufstehen konnte, zeigte sich ein Verlust der physichen Kräfte, und in der Schlosserei des Vaters, wo er bisher beschäftigt gewesen, konnte er nicht mehr selbst arbeiten, sondern führte

nur die Aufsicht über die anderen Arbeiter. Seit dieser Zeit stellte sich eine ganze Reihe verschiedener Krankheitssymptome ein, auf welche jedoch kein besonderes Gewicht gelegt wurde, da dieselben nur periodisch auftraten.

Im Dezember 1893 trat er in den Militärdienst, wo er sich anfänglich ganz gut hielt und über nichts klagte; im Jahre 1894 klagte er oft über Kräftemangel und rasche Ermüdung bei der Arbeit, im Dezember desselben Jahres, während der zeitweisen Abwesenheit des Arztes Dr. Nowicki, klagte er über Schmerz in der linken Brusthälfte, Husten und Fiebererscheinungen und wurde in das Lazaret geschickt, wo er bis zum 18. Februar verblieb. Während seines Aufenthaltes daselbst wurde nur ein unbedeutender Husten ohne irgend welche objektive Zeichen beobachtet und von Zeit zu Zeit, fast regelmässig wöchentlich ein Mal, temporäre Steigerung der Temperatur, verbunden mit Aufgetriebensein des Unterleibes. Untersuchungen des Blutes, welche nichts Abnormes zeigten, wie auch die Wirkungslosigkeit des Chinins, liessen das Bestehen einer Malaria, die man vermutete, ausschliessen; und so wurde er aus dem Lazaret entlassen. In das Bataillon zurückgekommen, beobachtete Dr. N. ganz unerwartet eintretende Temperaturerhöhungen, gewöhnlich verbunden mit Schmerzen in den Füssen und der linken Brusthälfte, Kopfschmerzen, Frostanfälle, Schüttelfrost, Leibschmerzen, verbunden mit Aufgetriebensein des Unterleibes und Herzklopfen, hierauf Hitze und Schweiss; diese ganzen Fieberanfälle dauerten zwei bis mehrere Stunden, dann und wann beobachtete er eine leichte Trübung des Bewusstseins.

Solche Anfälle sollen nach der Aussage des Patienten auch zu Hause nach dem oben angeführten Falle stattgefunden haben, jedoch nur selten; weiter giebt P. an, dass diese Anfälle gewöhnlich nach psychischer Erregung oder Körperermüdung sich einstellten, oft jedoch auch ohne jede Ursache. Nach dem Verlassen des Lazarets wurde P. häufig von Dr. N. untersucht, und das sozusagen blühende Aussehen des Kranken entsprach durchaus nicht dem fortschreitenden Verfall der Kräfte, der lispelnden und leisen Stimme und lenkte dessen Aufmerksamkeit mehr auf das Nervensystem, und es zeigte sich: allgemeine Schwäche, Unfähigkeit zu jeder physischen Arbeit und leichte Erschöpfung, Schlaflosigkeit, höchstens 2—3 Stunden in 24 Stunden, Gleichgültigkeit für seine Umgebung, Gedächtnissschwäche, grosse Empfindlichkeit für höhere und niedere Temperatur und den Genuss von Tabak, häufiges Aufstossen und Schlucken. Die genaueste Untersuchung des Kranken zeigte jedoch nichts Krankhaftes in den Organen. Der Gesichtsausdruck war wenig beweglich, apathisch, die Stimme flüsternd, Schrift gegen früher undeutlich, linke Körperhälfte vollständige Anaesthesie mit genauer Abgrenzung in der Mittellinie des Körpers, dieselbe Anaesthesie zeigten

auch links die Schleimhäute und Muskeln. Einengung des Gesichtsfeldes beiderseitig, links jedoch bedeutender, Gehör, Geschmack und Geruch links fast ganz geschwunden, Schmerzpunkte linke Brustwarze und die Lebergegend. Muskelkraft allgemein verringert, links jedoch mehr als rechts. Parese der Stimmbänder und der Kehlkopfsmuskeln, verbunden mit völliger Anaesthesie; Muskel- und Sehnenreflexe links bedeutend geschwächt.

Auf Grund dieser Data musste die Diagnose auf Hysterie gestellt werden, deren Ursache wohl in dem vor 4 Jahren erlittenen Falle gesucht werden muss.

A. v. Rothe.

Angelucci, G. e *Pieraccini. Sulla* opportunitá ed efficacia della Cura chirurgico-ginecologica nelle neurosi isterica (e nelle alienazioni mentali). Riv. di Freniatr. XXIII 2. S. 290—310.

Bei einer von den genannten Direktoren der Provinzial-Irrenanstalt zu Macerata veranstalteten internationalen Umfrage über den Wert der chirurgisch-gynäkologischen Behandlung der Hysterie erhielten dieselben eine Anzahl von Berichten, die einen wertvollen Beitrag zur Entscheidung der noch immer schwebenden Frage bilden. Zu dieser Umfrage gab ihnen der Umstand Veranlassung, dass ihnen Kranke mit ausgesprochener Geistesstörung zugingen, die nach Entfernung der Genitalien als von Hysterie und sonstigen Neurosen geheilt erklärt worden waren. — Demnach wurden einesteils an die chirurgischen und gynäkologischen Kliniken Europas und Amerikas, andernteils an die Direktionen der Irrenanstalten Fragebogen des Inhalts geschickt, ob 1) in den letzten 10 Jahren nach der fraglichen Operation Fälle von Geistesstörung bekannt geworden sind, in welcher Absicht und mit welchem Erfolge die Operation vorgenommen worden ist u. a. m.. 2) ob die Operation bei Neurosen überhaupt für erforderlich gehalten werde.

Das eingelaufene Material war zwar nicht sehr umfangreich, aber doch bedeutsam genug. Aus psychiatrischen Kliniken und Irrenanstalten waren 137 Antworten erfolgt, und zwar aus Italien 16, Frankreich 12, Deutschland 49 (Bayern 1), Österreich 7, Ungarn 1, Schweiz 1, Belgien 3, Holland 4, Norwegen 1, Russland 3, England 13, Schottland 5, Irland 3, Amerika 16.

Das Ergebniss war, dass nur 17 Fälle von Heilerfolg bei „Nervenstörungen“ bekannt gegeben wurden, wobei es zweifelhaft bleibt, ob es sich um wirkliche grosse Hysterie gehandelt hat. Bei 9 unter ihnen waren überdies die operirten Organe krank, bei nur 3 gesund, bei denen die Indikation zur Operation lediglich auf der Diagnose Hysterie

beruhte. Bei den 5 andern — wo Hysterie mit periodischer Manie zu Grunde lag — ist in 2 Fällen von merklicher, in 3 Fällen von scheinbarer Besserung die Rede.

Zudem befinden sich 6 Fälle darunter, in denen die seit längerer oder kürzerer Zeit bestehende Heilung durch fingirte Operation erwirkt worden ist, so dass die Vermutung, es könne auch in den andern günstigen Fällen die Suggestion einen gewissen Anteil haben, nicht abzuweisen ist.

Der merkwürdigste Fall ist der des Dr. Alessandri, wo die seit der Pubertät (im 13. Jahre) an schwersten hystero-epileptischen Anfällen leidende und weder durch Hydrotherapie, Hypnose u. s. w. noch auch durch die totale Ovariotomie geheilte Kranke infolge einer Menstrualblutung (wie sie sich einbildete) auf die Wiederholung der Operation bestand und in der Narkose durch einen einfachen Einschnitt in die Bauchhaut getäuscht und seitdem wirklich geheilt worden ist. Ähnlich sind die andern Fälle von Pseudo-Laparatomia, die von Finzi und anderen italienischen Irrenanstaltsärzten, — einem aus Neckargmünd — mitgeteilt werden. Die (passive) Operationswut der Hysterischen, von der Eulenburg spricht, kommt in diesen Fällen den leider nur zu oft ebenso operationswütigen Ärzten auf halbem Wege entgegen.

Des weitern stellen die Verfasser die meist unglücklichen Folgen von Operationen an den Genitalien zwecks Beseitigung von Hysterie oder Wahnsinn, oder auch behufs Heilung organischer Leiden ohne gleichzeitige geistige und nervöse Störungen in 92 Fällen nach verschiedenen Kategorieen zusammen. Davon wurden irre 17 Hysterische bei denen die Operation lediglich zwecks der Beseitigung der Neurose vorgenommen worden war, 3 Hysterische und 24 nicht Hysterische, bei denen man die Ovarien etc. wegen kranker Beschaffenheit entfernt hatte. Bei 19 irren Frauen verschlimmerte sich der Zustand oder blieb unverändert und so in anderen Fällen mehr.

Nach allem ist der Schluss gerechtfertigt, dass die Abtragung des gesunden Uterus und seiner Annexe als Kurmittel gegen Hysterie oder Irrsinn zu verwerfen, die Hysterie auch geradezu als Kontraindikation anzusehen ist.

Fraenkel.

Rauschburg, *Paul* und *Hajós*, *Ludwig*. Neue Beiträge zur Psychologie des hysterischen Geisteszustandes. Kritisch-experimentelle Studien. Verlag von Franz Deuticke. Leipzig u. Wien 1897.

Den Gegenstand der Untersuchung bilden die hysterischen Anaesthesien und Amnesien.

Nachdem im experimentellen Teil Natur und Eigentümlichkeiten der Anaesthesien eingehend besprochen und durch Beispiele erläutert worden sind, beschäftigt sich der theoretisch-kritische Teil mit der Entstehungsweise derselben. Auf Grund genauer Vergleichungen zwischen dem normalen und dem hysterischen Bewusstsein kommen die Verfasser zu dem Resultat, dass es sich nicht etwa, wie *Janet* glaubt, um eine gewohnheitsmässige Vernachlässigung in Folge einer von vorne herein bestehenden Zerstreutheit handeln kann, sondern dass die hysterischen Anaesthesien, sensitive wie sensorielle, hervorgerufen werden durch eine Verminderung der associativen Energie und einer dadurch herbeigeführten Einengung des Bewusstseins. Diese geringere Associationsfähigkeit, welche als Degenerationserscheinung aufzufassen ist, liefert auch die Entstehungsursache für die Amnesien, sie ist überhaupt der Boden, aus welchem sich alle Symptome des vielgestaltigen Krankheitsbildes der Hysterie entwickeln. *Schlüter.*

Hirschberg, L. Ueber epidemisches Auftreten motorischer Neurosen und die sanitätspolizeilichen Mittel zu dessen Verhütung. (Wiener Klinik, Heft Oktober-November 1897.)

Einleitung: Von den „motorischen Neurosen“ kommen epidemisch vor: Hysterie, Hystero-Epilepsie und Chorea. Die als Tetanie beschriebenen Epidemien gehören wahrscheinlich alle ins Gebiet der Hysterie.

Es folgt eine sehr ausführliche „historische Übersicht“: Für das Mittelalter sind besonders charakteristisch die über ganze Länder ausgebreiteten Epidemien (Pandemien), unter denen besonders erwähnenswert sind: Kinderfahrten, Geisslerzüge, Tanzwut (in d. nördlichen Ländern) und der Tarantismus (in d. südlichen Ländern). Die letzterwähnte Krankheit sollte durch d. Biss der „Tarantel“ entstehen und konnte durch den Einfluss der Musik geheilt werden. In der neueren und neuesten Zeit kommen nur kleine, gleichsam häusliche Epidemien vor und zwar besonders in Klöstern, Schulen, Waisenhäusern etc. — Neben den vorstehend erwähnten hysterischen, resp. hysteroepileptischen Epidemien ist nur eine geringe Zahl von vorwiegend choreatischem Charakter bekannt, deren früheste in d. Jahr 1805 fällt.

Klinischer Teil.

Dass es sich bei den Epidemien um wirkliche Neurosen handelt, lässt sich mit Sicherheit feststellen, doch ist der Unterschied zwischen Hysterie u. Chorea nicht immer zu machen. Die grosse Mehrzahl der Erkrankten besteht aus Frauen und Kindern, also aus den Individuen, die psychisch am wenigsten widerstandsfähig sind. Grundbedingung für das Entstehen einer Epidemie ist stets eine „neuropathische Disposition“

die angeboren oder erworben sein kann. Für die letztere kommt besonders das religiöse Moment in Betracht, daneben politische und soziale Einflüsse, sowie ungünstige äussere Verhältnisse. Ist die Disposition vorhanden, so bildet der Nachahmungstrieb den Hauptfaktor, die sog. psychische Infektion, die überall eine Rolle spielt. Von grossem Einfluss ist die Nationalität, und zwar sind merkwürdiger Weise eine Anzahl wenig civilisirter Völker die am meisten betroffenen (Polarvölker, Mauren, Abessinier, Syrer). Unter den Kulturstaaten ist Frankreich in erster Linie zu nennen.

Die zur Verhütung der epidemischen Neurosen geeigneten Massregeln können sich bei dem Fehlen eines greifbaren ätiologischen Agens nur auf die Prophylaxe erstrecken. Die Hauptaufgabe fällt neben der Sanitätspolizei dem Ministerium des Kultus und der Justiz zu: Volksaufklärung, Regelung der religiösen und kirchlichen Verhältnisse (Einschränkung der Prozessionen, der Bestrebungen der Heilsarmee etc.). Erkrankte Kinder sind bis zu ihrer völligen Genesung aus der Schule zurückzuhalten, bei Ausbruch einer Epidemie ist die Schule sofort zu schliessen. Zur konsequenten Durchführung solcher Massregeln erscheint Anstellung besonderer Schulärzte notwendig. Auch in Krankenhäusern sind die an hysterischen Krämpfen und Chorea Leidenden möglichst zu separiren. Bei der Behandlung solcher Kranken kommen nur psychische Mittel in Betracht, allenfalls noch die Hydrotherapie; von Medikamenten ist nichts zu erwarten. *Schlüter.*

---

9. Alcoholismus. Toxische Psychosen.

Ref.: Peretti-Grafenberg.

Tiling, Ueber alkoholische Paralyse und infektiöse Neuritis multiplex. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Herausgegeben von F. K. Alt. II. Bd. 2. Heft. Halle. Marhold. 1897.

Der Typus des Krankheitsbildes der Alkoholneuritis ist nach *Tiling*, der seiner Besprechung einen reinen Fall dieser Art einflicht, folgender: Fast immer ohne vorhergehende Erscheinungen von Alkoholismus, wie Delirium tremens, fällt an dem Individuum zuerst Abnahme seiner Geistesfähigkeiten, vornehmlich seines Gedächtnisses auf, die so hoch-

gradig wird, dass an eine Fortsetzung des Berufs nicht gedacht werden kann. Dazu kommt vielleicht noch grössere Reizbarkeit, und auch Episoden von Niedergeschlagenheit mit Beängstigungen. Ziemlich plötzlich gesellen sich hierzu sensible und motorische Störungen, Schmerzen in den Beinen, besonders den Waden, aber auch in den oberen Extremitäten mit schmerzhaften Druckpunkten und perversen Sensationen; die Muskelkraft ist herabgesetzt, besonders auffallend ist die Parese der Extensoren, zuerst der unteren, dann der oberen Extremitäten. Die Sensibilität ist ebenfalls stellenweise und zeitweise bis zur Anästhesie herabgesetzt; die Schmerzempfindung ist oft verlangsamt, Lokalisation und Temperatursinn sind mangelhaft. Dieser Befund wechselt zu verschiedenen Zeiten. In der motorischen Sphäre besteht eine schlaffe atrophische und zugleich schmerzhafte Parese und zeitweilige Lähmung einzelner kleiner Muskeln an Händen und Füssen. Die elektrische Untersuchung ergiebt sowohl für faradische als für galvanische Reizung bei direkter und indirekter Applikation für grosse Stromstärken mittelstarke, schwache, ja gar keine Reaktion oder Entartungsreaktion. Die Sehnenreflexe sind schwach oder erloschen, bei Beklopfen der Muskeln treten zum Theil ausgiebige Zuckungen auf, die Muskeln fühlen sich teigig an. Die Lähmung ist im Ganzen eine aufsteigende, doch werden die Kopfnerven nur ganz ausnahmsweise ergriffen. Der Puls ist constant bis zu 100—120 beschleunigt. Diese sensiblen und motorischen Störungen dauern unter Schwankungen mehrere Monate an und bessern sich dann allmählich bis zum völligen Verschwinden, die psychische Störung, die als primärer Schwachsinn, hervorgerufen durch grosse Schwächung des Gedächtnisses, mit Erinnerungsfälschungen und phantastischem Fabuliren bezeichnet werden kann, scheint dagegen bei der alkoholischen Neuritis nur relativ reparabel.

„Die alkoholische Neuritis entspricht dem, was man früher unter Alkoholparalyse verstand: die infektiöse Neuritis gleicht ihr, wie durch neuere Forschungen nachgewiesen, im klinischen Bilde vollkommen: die Alkoholneuritis hat aber eine lange Vorgeschichte und gleicht sich nicht völlig aus, die Individuen bleiben psychisch und wohl auch somatisch invalid; bei den posttyphösen, puerperalen, gastrisch-enteritischen Neuritiden scheint eine nachbleibende Dysmnesie und eine gewisse Parese oder Kraftlosigkeit nicht die Regel zu sein.“ In diesen Sätzen fasst *Tiling* den gegenwärtigen Stand der Erfahrungen zusammen.

Von der allgemeinen progressiven Paralyse unterscheidet sich nach T. die alkoholische paralytische Demenz durch das Fehlen von Symptomen von seiten der Kopfnerven (Pupillenstarre, Beben der Gesichtsmuskulatur, Zunge und Lippen, Sprachstörungen), durch stärkeres Ergriffensein der sensiblen Sphäre, durch Druckempfindlichkeit der Muskeln und Nerven und Atrophie der Muskeln, durch Fehlen der anfänglichen Kopfschmerzen und späteren paralytischen Anfälle, durch grössere Ge-

dächtnissschwäche und falsche phantastische Angaben über das Erlebte und durch Fehlen des Grössenwahns.

Forel, Lähmt der Alkohol die Muskelleistung oder fördert er sie?

Sahli, Erwiderung.
Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 15. Nov. No. 22 S. 673.

Forel polemisirt gegen die „Frey-Sahli'sche Theorie", dass der ermüdete Muskel durch Alkoholgenuss im Gegensatz zum ausgeruhten Muskel in seinen Leistungen gestärkt werde, unter Erwähnung der Versuche von *Destrée* in Brüssel, nach denen die Wirkung des Alkohols die ist, dass 1—2 Minuten nach dem Schlucken desselben eine Steigerung der Leistung erfolgt, dass aber nach 10 bis höchstens 30 Minuten sowohl beim ermüdeten wie beim ausgeruhten Muskel eine erhebliche und dauernde lähmende Wirkung eintritt.

Sahli vertheidigt seine Anschauung, die nicht Theorie sei, sondern auf Thatsachen beruhe und nicht, wie *Forel* meint, den Erfahrungen des täglichen Lebens widerspreche. Die Ansicht *Forel's*, dass ein Mensch ausdauernder zu einer bestimmten Arbeit sei, wenn er während dieser Arbeit keinen Alkohol geniesst, als wenn er während derselben solchen zu sich nimmt, ist unbestritten, steht aber mit den *Frey*'schen Versuchen nicht in Widerspruch. Ausdauernd ist ein Mensch, der eine Organisation besitzt, die es lange bei ihm nicht zu einer eigentlichen Ermüdung kommen lässt. Ermüdung schliesst Ausdauer aus; solange ein Mensch ausdauert, ist er im Sinne der *Frey*'schen Experimente nicht ermüdet. Wenn ein Mensch zu einer Arbeit, für welche er ausdauernd ist, d. h. die er ohne Alkohol gut und ohne körperliches Unlustgefühl leisten kann, Alkohol zu sich nimmt, so liegt der Fall vor, in welchem der Alkohol auch nach den *Frey*'schen Versuchen schädigend wirkt. Haben dagegen die Muskeln die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit erreicht, und führt der Bewegungsimpuls zu einer schmerzhaften oder wenigstens unangenehmen Empfindung, mit anderen Worten: ist Ermüdung eingetreten, dann tritt die Wirkung des Alkohols in ihre Rechte. Für den erschöpften Bergsteiger z. B., der dennoch vorwärts soll, giebt es kein besseres und rascheres Heilmittel, als eine mässige Dosis guten Weines.

Bechterew, W. M., Ueber künstlich hervorgerufene Sinnestäuschungen bei Alkoholikern, welche an hallucinatorischen Irrseinsformen leiden. Rundschau f. Psych. russ. No. 2,

Schon seit vielen Jahren hat *B.* bei seinen Kranken auf diese Erscheinung sein Augenmork gerichtet. Um Gehörshallucinationen hervorzurufen, bediente er sich des monotonen Tones, welchen der Hammer des Inductionsapparates hervorbringt, und auf welchen Ton der Kranke seine Aufmerksamkeit richten musste; um Gesichtstäuschungen zu erwecken, liess er einen glänzenden Gegenstand während einer gewissen Zeit dicht vor den Augen fixiren. Diese Manipulationen riefen die Sinnestäuschungen nicht nur leicht hervor, sondern auch mit einer gewissen Beständigkeit· Diese künstlich hervorgerufenen Sinnestäuschungen rufen in der grössten Zahl der Fälle bei den Patienten nicht solche Schreck erregende, beunruhigende und unangenehme Empfindungen hervor, wie die bei alkoholischen Irrseinsformen auftretenden gewöhnlichen Sinnestäuschungen.

Die Ursache, welche die auf angegebenem Wege hervorgerufenen Sinnestäuschungen zu stande bringt, beruht aber nicht nur allein auf der erhöhten Erregbarkeit der Sinnesorgane an und für sich, sondern aller Wahrscheinlichkeit nach noch viel mehr auf der gespannten Aufmerksamkeit. In der That erzeugen sich die oben angeführten Reize nur dann wirksam, wenn die Kranken ihre volle Aufmerksamkeit auf dieselben richten; im entgegengesetzten Falle nämlich rufen diese Reize keine Sinnestäuschungen hervor.

Was nun den diagnostischen Werth der künstlich bei alkoholischen Irrseinsformen hervorgerufenen Sinnestäuschungen anbelangt, so unterliegt es nach den Beobachtungen *B*'s. keinem Zweifel, dass, trotzdem ähnliche Erscheinungen in gewissen Fällen auch bei anderen Irrseinsformen hervorgerufen werden können, dieselben gerade bei den alkoholischen hallucinatorischen Irrseinsformen ein ausserordentlich häufiges Symptom darstellen. *A. v. Rothe.*

Zangger, Ein Fall von chronischem Cocainmissbrauch. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. Juli No. 14 S. 427.

Einer dreissigjährigen Dame war, 3 Jahre ehe sie in die Behandlung des Verfassers kam, von einem Arzte gegen kleine Geschwüre im Munde Pinselung mit 5 %ger Cocainlösung verordnet worden, und die Patientin hatte sich an die Pinselungen mit dieser Lösung, von der sie öfter auch einige Tropfen herunterschluckte, so gewöhnt, dass sie dieselben auch nach Heilung der Geschwüre fortsetzte und schliesslich $1^1/_2$ bis 2 gr. Cocain täglich verbrauchte. Sie war körperlich sehr heruntergekommen, hatte keinen Appetit und litt an hartnäckiger Schlaflosigkeit, gegen die sie 1,25—2,5 Chloralhydrat nahm, und zeigte von seiten des Nervensystems: abnorme Empfindlichkeit gegen Geräusche, gesteigerte Reflexerregbarkeit, rapid zunehmende Gedächtnissschwäche, Unlust zu geistiger

Arbeit, Gesichtshallucinationen und abwechselnd Depressionszustände, die sich bis zu Selbstmordgedanken steigerten, und kurze Exaltationszustände. Dabei bestand vollständige Einsichtslosigkeit in den Zustand und dessen Ursache. Unter Zusatz von 0,3 bis 1,0 Ammonium bromatum zu der Lösung zu dem Zwecke, es der Patientin unmöglich zu machen, die Abnahme des Cocains durch den Geschmack zu merken, gelang es, in 6 Wochen die tägliche Cocaindosis bis auf 0,5—0,7 zu vermindern. Zuerst machten sich heftige Abstinenzerscheinungen von seiten des Magens bemerkbar, die nach Anwendung von Kreosot schwanden, und c. 3 Wochen nach Beginn der Kur trat eine rechtseitige Hemiparese auf, die von clonischen Krämpfen und motorischer Aphasie begleitet war und nach 24 Stunden vorüberging. Die nervösen Beschwerden hatten sich gebessert, die Schwäche und die gastrischen Störungen waren bestehen geblieben. Nach späteren Nachrichten scheint sich der Zustand wieder sehr verschlimmert zu haben.

---

10. Idiotie. Cretinismus.

Ref.: Wildermuth-Stuttgart.

Langhans, Th. Anatomische Beiträge zur Kenntnis der Kretinen. (Knochen, Geschlechtsdrüsen, Muskeln und Muskelspindeln nebst Bemerkungen über die physiologische Bedeutung der letzteren.) Virchows Archiv, Bd. 149, Hft. 1.

Verf. berichtet über die Ergebnisse seiner anatomischen Untersuchung einer Reihe von Kretinen, deren Schilddrüsen und Hypophysen *Coulon* bereits früher (i. Januarheft) beschrieben hat. Wie die überall sich findende starke Atrophie der Schilddrüsen, so dienen auch des Verf.'s Befunde zur Bestätigung der Kocher'schen Theorie, dass die Ursache des Kretinismus in dem Fehlen der Schilddrüsenfunktion besteht. Von dem eigentlichen Kretinismus, welcher erst 4—5 Monate post partum manifest wird, sind die „neugeborenen Kretinen" zu trennen, deren Entwickelungsstörung mit Kaufmann passend als Chondrodystrophia foetalis bezeichnet wird. — Verf. fand — in Uebereinstimmung mit mehreren Fällen der Litteratur — verlangsamtes Längenwachstum der knorpelig vorgebildeten Knochen und verzögerte Ossifikation, spätes Auftreten der Knochenkerne in den Epiphysen und langes Erhaltenbleiben der Epiphysenscheibe. —

Für die Untersuchung der Knochen am Lebenden ist in den Röntgen'schen Strahlen ein bedeutendes Hilfsmittel gefunden. — Bei der mikroskopischen Untersuchung der Knochen eines kindlichen Kretinen fand Verf. neben einer Reihe von Abnormitäten an der Ossifikationsgrenze das Knochenmark nur in der Clavicula z. T. von kindlichem Charakter, in den langen Extremitätenknochen dagegen überall Fettmark. — An den Ovarien von Kretinen liess sich kleincystische Degeneration, viele Primitivfollikel, auch einzelne in Rückbildung begriffene Follikel — an den Hoden Atrophie mit Fehlen oder spärlichem Vorhandensein von Samenfäden nachweisen. Die Untersuchung der Muskeln ergab in einzelnen Fällen, besonders bei dem kindlichen Kretinen, blasse, grau- bis weisslich-gelbe Farbe, Wulstung der Muskelbäuche, mikroskopisch, zuweilen oedematöse Quellung und eigentümliche, gleichmässig feinkörnige Verfettung. Die „Muskelspindeln" (Langhans, Forster) zeigten durch vollständige Aufblätterung der Scheide, starke Mucinausscheidung in den Binnenraum, Vermehrung des die Nerven- und Muskelfasern umgebenden Bindegewebes von dem Gewöhnlichen abweichende Bilder. — Nach Verf. sind die Muskelspindeln als Organe des Muskelsinns anzusehen: bei dieser Funktion scheint die in dem mittleren Raum der Spindeln befindliche Lymphe eine vermittelnde Rolle zu spielen; die Nerven der Spindeln haben - wie ein von Forster mitgeteilter Fall von Myelitis ergiebt — ihre trophischen Centren ausserhalb des Rückenmarks. *Scheven.*

Bourneville. Sclérose cérébrale hémisphérique, Idiotie, Hemiplégie droite et Épilepsie consécutives. Archives de Neurologie. (März) N. 15.

Fall eines erblich belasteten Knaben, der asphyktisch zur Welt kam im Gehen und Sprechen sich langsam entwickelte, und im 5. Lebensjahr epileptiforme Anfälle bekam, bei denen sich die Krämpfe ausschliesslich auf der rechten Seite zeigten. Nach diesem Anfall entwickelte sich eine r. seitige spastische Parese und eine Hemmung des Wachstums auf der r. Seite, ferner idiotischer Schwachsinn mit zornigen Erregungszuständen. Mit dem 13. Jahre stellten sich aufs neue epileptische Zustände ein, wobei ebenfalls die rechte Körperhälfte vorzugsweise ergriffen war. Der Tod erfolgte in gehäuften Anfällen, die mit einer ganz bedeutenden Steigerung der Körpertemperatur verbunden war. Die Sektion ergab sklerotische Atrophie der ganzen l. Hemisphäre; der tractus opticus, das corpus mamillare, der Hirnschenkel und die l. Pyramide waren sekundär entartet.

Channing. The Significance of Palatal Deformities in Idiocy. The Journal of mental Science Jan.

Ch. stützt sich bei seinen bemerkenswerten Ausführungen auf das Studium von Abdrücken des Gaumens von 1000 Idioten und 500 normalen Schulkindern. Eine einfache Inspektion des Gaumens genügt n. s. Ansicht nicht, sich ein richtiges Bild von dessen Form zu machen. Ch. bekämpft namentlich die Ausführungen Clouston's, der die Formen des Gaumen in die Rubriken typisch, neurotisch und diform einteilt. Ch. fand unter 169 Idioten 11 mal den normalen, 38 mal den neurotischen, 61 mal den diformen Typus. Dorn hat früher schon den schmalen U-förmigen Gaumen als charakteristisch für Idiotie erklärt. Ch. schlägt folgende Einteilung vor:

1. V förmig,
2. ungleichmässig V förmig,
3. halb V förmig,
4. sattelförmig,
5. U förmig (Durchschnittlicher Typus).

Nach seinen Erfahrungen haben mehr als 40% der Idioten einen normalen Gaumen. Schwere Abweichungen von der Norm fand Ch. nur in 19%. Von dem Befund bei den Gaumen der gesunden Kinder werden keine Zahlen über die einzelnen Formen angegeben, dagegen eine Zusammenstellung von 212 Gaumenabgüssen, die die Zahnärzte Sheppard und Cooke bei anscheinend normalen Individuen (vor der dentistischen Behandlnng) aufgenommen haben. Hier fand sich nur in 22% der normale Typus.

Bei einer Zusammenstellung Talbot's über 1000 Fälle normaler Schulkinder (nicht nach Abgüssen.) ergaben sich 70% normaler Formen.

Diese Zahlen scheinen d. Ref. Ch.'s Ansicht, dass die Gaumenmissbildurg nicht als Degenerationszeichen zu verwerten sei, nicht ohne weiteres zu stützen. Bei den Idioten finden sich immerhin 30% weniger normale Gaumen als bei den normalen Schulkindern. Gegen die Zahlen, die die Zahnärzte gefunden haben, dürfte, wie Ch. erwähnt, nicht ganz mit Unrecht der Einwurf gemacht werden, dass es sich hier um Leute handelte, die eben wegen Zahn- und Gaumenmissbildungen Hilfe suchten. Darin wird Ch. Recht haben, dass die Gaumenmissbildungen bei Idioten nicht so häufig sind, wie bisher angenommen worden ist und dass es keine einzelne Form der Missbildung giebt, die für die Idiotie pathognomonisch ist.

Interessant ist Ch.'s Wahrnehmung, dass sich die Missbildungen des Gaumens kaum vor dem II. Zahnwechsel zeigen, dass an dem Gaumen des Idioten der kindliche Typus — flaches Gaumendach, runder Hufeisenförmiger Bogen — oft bis an das 18. Jahr hin bestehen blieb. Auch diese Mitteilung Ch.'s spricht dafür, dass die Gaumenbildung der Idioten nicht selten Besonderheiten darbietet.

Nach Ansicht d. Refer. ist es ein Mangel der meisten bisherigen

Arbeiten über die Form des Gaumens, dass dabei auf die gesammte Schädelbildung keine Rücksicht genommen ist. Nur wenn wir die Form des Schädels gleichzeitig in Betracht ziehen, bekommen wir eine richtige Vorstellung von der Bedeutung der einzelnen Gaumenformen.

---

11. Anstaltswesen. Ref.: Lähr-Zehlendorf.

Brosius, C. M., Zur Wärterfrage. — Irrenfreund 1896, 5—6, 7—8, 9—10.

Verfasser bespricht als Einleitung zu der Heidelberger Diskussion über die Wärterfrage die Schwierigkeiten, die die Beschaffung eines guten Pflegepersonals bietet. Er hofft von der Thätigkeit der Hülfsvereine, der Ärzte und ev. auch der Geistlichen Besserung, vor allem aber müsste das Pflegepersonal pekuniär besser gestellt werden. Es folgt eine Besprechung der in der Heidelberger Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte gemachten Vorschläge.

Hellwig, A. Die historische Entwickelung der Irrenfürsorge und der neuen Irrenanst. in Österr.-Schlesien. 64 S. Kronstadt 1897. 4°.

Die erste Fürsorge 1843 in einer Abteilung des Dr. Heidrichschen Krankenhauses in Troppau. Durch Erhöhung eines Stockwerkes konnten 1864 16—20 Kranke untergebracht werden. Die Not drängte zu einer selbständigen Anstalt, es wurde das Schloss zu Olbersdorf gemietet und unter Dr. J. Friedrich 1873 eröffnet für gemeingefährliche Kranke; 1876 auf 50 Plätze erweitert. 1884 Beschluss, in Troppau eine Irrenanstalt für 200 Kranke zu bauen mit späterer Steigerung auf 400; 1889 wurde die neue Anstalt unter Dr. Hellwig bezogen. Sie hat 592 715 Fl. gekostet und ist im Pavillonstil gebaut. Ihre Errichtung hat, wie meist anderswo, schwere Stadien durchwandern müssen.

Rayner, H. Housing the Insane. Journ. of Ment. Sc. July.

Verfasser teilt die Geisteskranken in akute Kranke (hospital class), chronische, der Überwachung bedürftige Kranke (asylum class), arbeitsfähige Kranke (employable class) und hülflose Kranke (workkouse class). Er schlägt ev. sehr grosse Anstalten vor, enthaltend 1) eine Abteilung

für etwa 200 akute Kranke, 2) eine für 3—400 chronische, der Überwachung bedürftige Kranke, 3) eine Arbeiterkolonie mit 500 und mehr Kranken, auf eine Fläche von mindestens 100 Acres verteilt, 4) Adnexe für hülflose Kranke, dazu eine besondere Organisation für den Ausbau und die Überwachung der Familienpflege. Jede Abteilung unter einem verantwortlichen Arzte mit Assistenten, das Ganze unter einem ärztlichen Direktor. Dies bedeute eine recht beträchtliche Vermehrung der Ärzte, aber eine erhebliche Verminderung der Anstaltsbaulichkeiten. — In der folgenden Diskussion der med. psych. ass. spricht R. sich genauer darüber aus, dass auch er kleine Anstalten (500—600 Kranke) vorziehe, dass aber die Kosten z. B. für London alsdann unerschwinglich würden. Man brauchte 34 Anstalten mit je 500 Kranken für London. Da könnten nur ganz grosse Anstalten helfen mit der angedeuteten Decentralisation der ärztlichen Fürsorge.

Marandon de Montyel, E., Les visites des familles dans les services publics d' Aliénés et la règlement du 20. Mars 1857. — Arch. de Neur. Febr.

Im Widerspruch mit jenem Reglement sollen Besuche in Anstalten nicht an Tag und Stunde gebunden sein; alle Kranken sollen Besucher, so lange sie wollen, annehmen oder zurückweisen können. Statt eines, der ganzen Anstalt dienenden Sprechzimmers muss jede Abteilung ihr besonderes Sprechzimmer erhalten, wozu im Notfall auch das Esszimmer derselben dienen kann. Alsdann wird ein Schaden für die einzelnen Kranken nicht entstehen, denn die Besuche an sich tragen zur Heilung bei, nur die Besuche nach langen besuchslosen Zwischenpausen wirken oft ungünstig. Nur wenn die Einzelsprechzimmer durchgeführt sind, können auch die sehr Schmutzigen, die sehr Aufgeregten und die Gelähmten Besuche empfangen. Das Reglement vom 20. März 1857, das den Besuch als Ausnahme ansieht, muss fallen, da es veraltet ist. Auch das Mitbringen von Lebensmitteln und gemeinsame Mahlzeiten des Kranken mit seinen Besuchern müssen vom Arzte erlaubt werden können; Nachteile lassen sich durch Überwachen vermeiden. Spaziergänge der Kranken mit ihren Familien ausserhalb der Anstalt sind schon in jenem alten Reglement vorgesehen. Verfasser macht weitgehenden Gebrauch davon, ebenso von vorübergehenden Beurlaubungen.

Marandon de Montyel, E., L' internement des aliénés. — Ann. d' Hygiène publ. Juni.

Nicht, wie bisher, die Gemeingefährlichkeit eines Kranken, sondern die Möglichkeit, ihn in der Anstalt zu heilen, muss den Grund der Aufnahme abgeben. Dies ist zum Vortheil des Kranken und vermindert

die Ausgaben für Unheilbare. Statt dass Polizeikommissar und Präfekt die Aufnahme bestimmen und das Gericht nachträglich zustimmt, möge der Gerichtspräsident auf Betreiben des Friedensrichters die Vollmacht haben, jemand der Anstalt zu übergeben; so wird die Aufnahme ebenso rasch, aber durch richterliche Entscheidung bewirkt. Die freiwillige Aufnahme möge beschränkt werden, da sie, wenigstens in Paris, viele zum Eintritt verlockt, deren Geisteszustand es nicht erfordert, sich auf Staatskosten verflegen zu lassen. Gewiss wird der Richter, ebenso wie der Verwaltungsbeamte, sich auf den Arzt und die eingezogenen Erkundigungen verlassen müssen, aber einmal hat er kein Interesse, die Aufnahme zu verzögern, das der Präfekt allerdings haben kann, um die Kasse seines Bezirks nicht zu belasten, und sodann wird durch diese Änderung dem Gesetz genügt, das die Entziehung der Freiheit nur dem Richter gestattet. Durch diese Änderung würden, so schreibt der Verfasser, die Klagen und Vorurteile des Publikums schwinden, und die Aufnahme wird von einem Bezirksbeamten auf einen Staatsbeamten übertragen, der mit der Bezirkskasse nichts zu thun hat und die Berichte der Anstaltsärzte nicht beeinflussen kann, wie man dem Präfekten als dem Aufsichtsbeamten der Bezirksanstalten zutraut. Endlich fordert Verfasser, dass jeder Kranke direkt der Anstalt zugeführt und nicht erst in vorläufige Depots untergebracht werde.

Taguet, Règlement du 20. Mars 1857. — Arch. de Neurol. Juni.

Verfasser verteidigt die einschränkenden Bestimmungen über die Besuche in Irrenanstalten gegen ***Marandon de Montyel***, der jedem Kranken zu jeder Zeit jeden Besuch gestatten will, den der Kranke annimmt, so lange es diesem beliebt.

Gibbald, John Gheel and Lierneux, the Asylum-Colonies for the Insane in Belgium. — Journ. of Ment. Sc. July.

1895 befanden sich 11819 Kranke in belgischen Irrenanstalten, davon 2400 in den beiden Kolonien. Verf. fand in Gheel manche Fortschritte seit 1862, wo er die Kolonie zuletzt besucht hatte, möchte aber von der Familienpflege völlig ausgeschlossen wissen einmal hülflose Blödsinnige, die beständige Aufmerksamkeit verlangen, um nicht steter Unreinlichkeit und weiterer Verblödung zu verfallen, sodann solche Kranke, die wegen ihres Verhaltens steter Aufsicht bedürfen und teilweise mit Lederhandschuhen angetroffen wurden — andere Zwangsmittel wurden nicht mehr angewandt, endlich erotische Frauen. Doch hat die Zahl dieser ungeeigneten Kranken seit 30 Jahren anscheinend abgenommen. Lierneux

scheint sich gleichfalls gut zu entwickeln. Organisation, Kost, Wohnung, Kosten werden besprochen, zuletzt die Bedeutung solcher Kolonien als eines Mitteldings zwischen Anstalten und zerstreuter Familienpflege.

Outterson Wood. The Asylum Trained and Certificated Nurses of the Med.-Psych. Ass. — Journ. of Ment. Sc. July.

Das Verzeichnis der Med.-Psych.-Ass. enthält jetzt über 2400 geprüfte Pfleger und Pflegerinnen mit dem Zeugniss (For proficiency in nursing), d. h. etwa $^1/_8$ des gesammten Pflegepersonals. Neuerdings werden Pfleger mit diesem Zeugniss nach dreijährigem Anstaltsdienst als Mitglieder der Royal British Nurses Association aufgenommen, wenn sie zugleich ein Zeugniss über gute sittliche Führung beibringen, und bilden eine besondere Abteilung dieser Association. Dies giebt ihnen ein grösseres Ansehen, und so darf man hoffen, dass diese geschulten Kräfte auch für die Privatpflege nutzbarer werden als bisher.

Deperon, Du patronage familial des aliénés à Lierneux en 1897. Bull. de la soc. de Méd. ment. de Belgique. Juni.

Geschichtliches über die Gründung und Entwicklung der Kolonie und des Ortes Lierneux, Verwaltung und Betrieb der Kolonie. Im Jahre der Gründung, 1884, traten 26 Kranke ein, 1896 wurden 81 aufgenommen. Am 31. Dezember 1896 befanden sich 419 Kranke dort; es kamen 8 Entweichungen vor, wenn man die nicht mitzählt, die am selben oder in den nächsten Tagen wieder eingebracht wurden. 28 Kranke starben. Mit ländlichen Arbeiten wurden 98 Kranke beschäftigt, in der Wirtschaft und mit Kinderpflege 102, mit Handwerksarbeit 23. Die Zahl der Pfleger wächst beständig, jetzt sind 390 eingeschrieben.

Sibbald, John. Commissioner in Lunacy for Scotland, On the plans of modern asylums for the insane poor. Edinb. 1897. 33 pp. 8⁰.

Verf. teilt in diesem für die historische Entwicklung der englischen Irrenanstalten interessanten und mit Plänen versehenen Aufsatze dieselbe in die Periode der Bauten vor *Conolly*, in die nach seinen Ideen 1851 erbaute Anstalt „Derby County Asylum“, in die 1875 gegründete Anstalt „Barony Parochial Asylum“, Lenzio, Glasgow mit 167 Acres für 500 Kranke, und in die 4. Periode bis 1896, in welchem Jahre die Anstalt „City of Glasgow District Asylum, Gartloch,“ für 524 Kranke mit 344 Acres eröffnet wurde. Die Vorzüge der „Asylum Farms“ und des „Village Type of Asylum“ werden auseinandergesetzt. Zum Schluss werden die Vorzüge

von „Rittergut Altscherbitz“ auseinandergesetzt und durch einen Plan illustrirt.

Doutrebente, De l'hospitalisation des aliénés, des épileptiques et des idiots, dans le département de Loir-et-Cher. 1 ère partie, 1795—1827. Archiv de Neur., 1896.

Ausführliche Geschichte des Irrenwesens im Departement Loir-et-Cher während jenes Zeitraums.

Wise, P. M., Training schools for nurses in hospitals for the insane. — Am. J. of Insan. July.

Nicht Vorträge, sondern praktische Anleitung, zuerst in der Abteilung für körperlich Kranke, und eignes Studieren des Lehrbuchs sind Grundbedingungen für das Gedeihen einer Pflegerschule. Der in der Irrenanstalt ausgebildete Pfleger wird vor dem des allgemeinen Krankenhauses im Allgemeinen den Vorteil haben, den nervösen und psychischen Aenderungen mehr Aufmerksamkeit zu schenken und mehr Geduld und Takt zu zeigen, dagegen wird er in chirurgischen und Frauenkrankheiten nachstehen.

In der Diskussion wird von mehreren Seiten betont, dass der Pflegerkurs von 1 auf 3 Jahre verlängert werden müsste, wie dies in manchen allgemeinen Krankenhäusern bereits der Fall sei. Am besten sei es, die ersten 2 Jahre den Kurs der Irrenanstalt und das 3. Jahr den im allgemeinen Krankenhaus durchzumachen.

T. O. Powell, A sketch of Psychiatry in the southern states. Am. J. of. Insan. July.

Zu Anfang des Jahrhunderts bestanden ein öffentliches und drei Genossenschaftsasyle in den Vereinigten Staaten. 1860 besassen unter den Südstaaten nur Florida und Arkansas keine Anstalten. Während des Bürgerkriegs ward nur eine Anstalt geschlossen. Nach dessen Ende wurden die geisteskranken Neger zahlreicher und schufen damit neue Schwierigkeiten. Eine Trennung der weissen und schwarzen Kranken hat sich für beide als Wohlthat erwiesen, so dass die meisten Anstalten der Südstaaten 4 Abteilungen haben statt 2. Virginia und Nordcarolina haben sogar besondere Negeranstalten. Neben der Zunahme der Geisteskrankheiten bei den freien Negern ging eine Zunahme der Tuberkulose einher, die sie rascher als die Weissen hinrafft. — Die Schilderung der Fortschritte im Einzelnen, namentlich auch die Würdigung des eingreifenden Einflusses der *Miss Dix* muss im Original gelesen werden.

M*

Marandon de Montyel. Le personnel des asiles publics d'aliénés et le rapport du Dr. Dubief à la chambre. Arch. de Neur. Sept.

M. bekämpft lebhaft die von D. befürwortete Stelle des künftigen Irrengesetzes, welche den bisherigen Verwaltungsdirektor aus dem Anstaltsdienst entfernt und statt seiner einen ärztlichen Direktor einsetzt, dem die leitenden Aerzte der einzelnen Abteilungen untergeordnet sind. Der ärztliche Direktor werde notwendig Verwaltungsbeamter, und die Streitigkeiten zwischen ihm und den anderen Aerzten würden grösser als zwischen denselben und dem jetzigen Verwaltungsdirektor, der doch in rein ärztlichen Angelegenheiten nicht massgebend sei. Das Richtige sei, dass die leitenden Abteilungsärzte selbständig seien und ihnen ein Inspektor allein für die materiellen Anstaltsbedürfnisse beigegeben werde. Nur so werde Streit vermieden, Lust an der Krankenbehandlung und an wissenschaftlicher Arbeit gewahrt und die den ärztlichen Geist ertötende Verwaltungsarbeit ferngehalten. Endlich wird auch die Ernennung der Verwaltungsbeamten durch den Präfekten bemängelt und die Uebertragung derselben auf das Ministerium durch Konkours empfohlen. Die Redaktion erklärt in einer Nachschrift, in vielen Punkten abweichender Meinung zu sein.

Irren- u. Idioten-Anstalt zu Dalldorf. Verwaltungsbericht des Magistr. zu Berlin. No. 16a: pr. 1895/6. 19 S. fol. (Dir. Dr. *Sander*).

Irren-Anstalt. 76 Wärter und 62 Wärterinnen schieden aus, und zwar 36 resp. 20 noch im Eintrittsjahre. Selbstmordversuche kamen bei 4 M. 6 Mal, bei 10 Fr. 20 Mal vor, bei letzteren meist kurz hintereinander. Ein gewaltsamer Ausbruch von 3 gemeingefährlichen verbrecherischen Irren fand aus dem stärker verwahrten Hause statt, doch wurden sie bald wieder eingeliefert, ohne geschadet zu haben. Beschäftigt im Durchschnitt 320 M., im Freien bis 103; ebenso 281 Fr., im Freien 15. Die Zahl der Bettlägerigen betrug bei den Männern bis 138 täglich, bei den Frauen 147. Unreinlich täglich 29 M., 27 Fr. Isolirt bei Tag und Nacht 6—12 M., 11—14 Fr. Daneben in Einzelräume bis 10 M. und 16 Fr. Dem Gottesdienste wohnten bis 145 M. und 119 Fr. bei. An den 159 Besuchstagen kamen 26637 Besucher. Die Bibliothek hat 4801 Bände, von denen täglich 600 ausgeliehen waren. Im Schriftwechsel gingen ein 14346 gewöhnliche, 273 eingeschriebene Schriftstücke, 718 Postkarten, 543 Packete; abgesandt 24040 Schriftstücke, 498 Postkarten. Bestand Anfang April 1895 1807 (970 M., 837 Fr.), Zugang 1074 (624 M., 450 Fr.), Abgang 1006 (628 M. 378 Fr.), blieben 1896 1875 (966 M., 909 Fr.). Von diesem Bestande waren in Dalldorf 1257 (682 M, 575 Fr.), in

Privatanst. 483 (219 M., 264 Fr.), in Familienpflege 135 (65 M., 70 Fr.). In der Gesammtbewegung waren Bestand der Paralytischen 1895 322 (229 M., 93 Fr.), Zugang 323 (229 M., 94 Fr.), Abgang 306 (231 M., 75 Fr.), blieben 1896 339 (227 M., 112 Fr.). Aufgenommen aus der Charité 507, durch das Curatorium 19, durch die Armendirection 63, durch die Direction 485. Im Durchschnitt hatten in der Charité verbracht die Kranken 20 Tage. Mit dem Strafgesetz in Conflict gerathen waren 161 Aufgenommene. Als Alcoholisten waren bezeichnet 183. Todesursache war bei 22 Lungenschwindsucht, bei 3 Suicid.

Idiotenanstalt. Bestand 1895 232, aufgenommen 81, entlassen 74, gestorben 7, blieben 232.

Kosten der Irrenanstalt Dalldorf, 1 322 109 M., in der Idiotenanstalt 156 155 M.

Irrenanst. Herzberge zu Lichtenberg. Bericht des Magistrats zu Berlin pro 1895/6. No. 16 b. (Dir. Dr. *Moeli*).

Der Wechsel des Wartpersonals betrug c. 100 %; es schieden aus 91 M. und 49 Fr., 20 mussten wegen Dienstvergehen oder als ungeeignet entlassen werden. Regelmässiger Unterricht des Personals. Für dessen Erholungszeit wurde Sorge getragen und deshalb die Zahl vermehrt. Halbe und Ganzenachtwachen. Eigenmächtige Entfernungen über mehrere Stunden hinaus kam bei den M. 74, bei den Fr. 6 Mal vor. Von den Männern kehrten 21 freiwillig zurück, 28 wurden durch die Polizei wieder zugeführt und 23 konnten später als entlassen betrachtet werden. Beschäftigt täglich 257 M. und 204 Fr. Völlig bettlägerig täglich 74 M. und 38 Fr.; von körperlich Rüstigen wurden mit Bettruhe behandelt 23 M. und 44 Fr. Isolirt durchschnittlich in 24 Stunden 2—3 M, 11 Fr. Am Gottesdienste nahmen Theil 135, an Gesangstunden 93, an den geselligen Veranstaltungen 207. Besucht wurden 11 790 Kranke, z. B. am Osterfeiertage 355. Bestand Anfang April 1895 1056 (587 M., 469 Fr.), Zugang 977 (623 M., 354 Fr.), Abgang 947 (603 M., 344 Fr.), blieben 1086 (607 M. 479 Fr.). In Familienpflege war Bestand 1896 151, in Privatanstalten 197, Gesammtbestand 1896 1434. In der Anstalt waren 1895 mit Paralyse 123 (92 M. 31 Fr.), Zugang 139 (100 M., 39 Fr.), Abgang 138 (99 M., 39 Fr.), blieben 124 (93 M., 31 Fr.). Von dem Gesammtzugange waren Gewohnheitstrinker 294 = 30 %, mit dem Gesetz in Conflict gerathen 253 = 25 %. Es gingen ab geheilt oder gebessert 388 M. und 97 Fr. = 51 %, ungeheilt 102 M., 163 Fr. = 28 %, nicht nachweisbar geisteskrank 5 M., 2 Fr. = 0,7 %. Es starben 108 M., 82 Fr. = 20, 1 %. Von den Entlassenen litten an Paralyse 52 M., 17 Fr., an del. pot. 35. An Paralyse starben 69 (47 M., 22 Fr.), an Herzlähmung 19, an Lungenödem 27, an Lungenentzündung 35, an Lungentuberculose 15, an Marasmus

29. Von den Gebliebenen litten an Paralyse 126 (95 M., 31 Fr.), an del. pot. 4. Ausgabe 1149286, spec. Kopf und Tag 2,55 M. In den Privatanstalten 2,146 M., in Familienpflege 1,237 M. Die electrische Beleuchtung ist jetzt durchgeführt. Der Werth des Grundeigenthums ist in der Ausgabe verrechnet. Jetzt sind 7 Assistenzärzte angestellt. Der höchste Verbrauch an Steinkohlen am 30. December mit 448 Ct. Beleuchtungskosten c. 21000 M. Der höchste Wasserverbrauch im August 632 cbm in 24 Stunden.

Bericht des städtischen Irrenhauses in Breslau pr. 1896/7. 13 S. 8⁰.

Die Bürgerschaft hat die Fortsetzung des Contractes für Benutzung als Klinik vom 1. October 1898 an abgelehnt. Die Ministerialverordnung vom 20. September 1895 findet nach Bestimmung des Regierungspräsidenten vom 11. Juli 1896 für die Anstalt keine Anwendung, da sie als eine öffentliche zu betrachten sei. Für den Bau eines Ärztewohnhauses wurden 70400 M. bewilligt. Das Gehalt des Oberarztes ist auf 2400 M., steigend bis 3000 M. in 2 Jahren, festgestellt worden, das der Assistenten auf 1200 M. Das Personal wird als krankenversicherungspflichtig erachtet. Bestand 215 (117 M., 98 Fr.), Aufnahmen incl. der aus dem Allerheiligen-Hospital und dem Wenzel-Hancke'schen Krankenhause überführten Kranken 917 (618 M., 299 Fr.), Abgang 938 (640 M., 298 Fr.); blieben 194 (95 M., 99 Fr.). Unter den Verpflegten befanden sich 71 Almosengenossen, 24 Armenhausgenossen und 569 notorisch arme Personen, in Summa 658, welche unentgeltliche Pflege erhielten. Vom Abgange von 938 wurden entlassen: geheilt 337, gebessert 233, ungeheilt 246, gestorben 122. In 8 Sterbefällen wurden die Leichen der Anatomie überwiesen. Kosten 2,88 pro Kopf und Tag. An Paralyse litten 143 (88 M, 55 Fr.), an Epilepsie 59, an del. potat. 142. Nicht geisteskrank 321 (226 M., 95 Fr.) und zwar an Alcoholismus 131, an Epilepsie 76, an Hysterie 14, an Hystero-Epilepsie 6, an Neurasthenie 2, an Nervenleiden 16, an Rückenmarksleiden 2, an Morphinismus 1, Schlaganfall 1, Hemiplegie 2, an org. Gehirnleiden 31, meningitis 1, Gehirnblutung 4, an Nervositas 2, sonstig 28. Zur Beobachtung 20.

Bericht der Provinzial-Irrenanstalt zu Leubus pro 1896/7. 34 S. (Dir. Dr. *Alter*).

Bestand 236 (108 M., 128 Fr.), aufgenommen 133 (66 M., 67 Fr.), abgegangen 137 (70 M., 67 Fr.), blieben 232 (104 M., 128 Fr.). Bei 50, 4% der Aufgenommenen Heredität, an Paralyse litten 17 (13 M, 4 Fr.), nicht-irre 2 M. Mit dem Strafgesetze in Conflict 28. Kurzer Bericht über diese Fälle. Entlassen genesen 22 (10 M., 12 Fr.), gebessert

51 (23 M., 28 Fr.), ungeheilt 31 (22 M., 9 Fr.), nicht-irre 2 M., gestorben 31 (13 M., 18 Fr.). Von den Gestorbenen litten an Paralyse 10 M. und 4 Fr. Ausgaben 127985 M.

In der Pensionsanstalt war Bestand 50 (26 M., 24 Fr.), aufgenommen 22 (11 M., 11 Fr.), Abgang 17 (7 M., 10 Fr.), blieben 55 (30 M., 25 Fr.).

Bericht der Provinzial-Irrenanstalt zu Bunzlau pro 1896/7. 20 S. 4⁰. (Dir. Dr. *Stöver*).

Bestand 659 (383 M., 276 Fr.), davon 25 M. in Familienpflege. Aufgenommen 82 (47 M, 35 Fr.), entlassen geheilt 7 (4 M., 3 Fr.), gebessert 22 (10 M., 12 Fr.), ungeheilt 9 (5 M., 4 Fr.), nicht-irre 4 (2 M., 2 Fr.), blieben 663 (385 M., 278 Fr.). Die Zahl der Paralytiker betrug 10 M., Syphilis war nicht nachzuweisen. Erbliche Belastung war 35 Mal zu ermitteln. $^1/_4$ der Gestorbenen ging an Tuberculose zu Grunde. 7 Mal Herzfehler. Ständige Nachtwache nicht eingeführt, es wird nur ausnahmsweise gewacht. Grosse Vorsicht mit Verabreichung von Werkzeugen. 8 Entweichungen. Ausgabe 268011 M.

Bericht der Provinzial-Irren-Anstalt zu Brieg pro 1895/96. 28 S. (Dir. Dr. *Petersen*).

Ende März 1895 Bestand 412 (177 M., 235 Fr.), davon beurlaubt 7 (2 M., 5 Fr.), aufgenommen 59 (26 M., 33 Fr.), Abgang 57 (25 M., 32 Fr.) davon geheilt 15 (6 M., 9 Fr.), gebessert 7 (4 M., 3 Fr.), ungeheilt 8 (2 M., 6 Fr.), nicht-irre 2 (1 M., 1 Fr.), gestorben 57 (25 M., 32 Fr.), blieben 408 (175 M., 233 Fr.). Von den Aufgenommenen waren voraussichtlich heilbar 34, unheilbar 23, litten an Paralyse 14 (10 M., 4 Fr.), von denen 5 im ersten halben Jahre der Erkrankung. Die beiden zur Beobachtung überwiesenen Personen waren nicht geisteskrank. Heredität war bei 34 nachzuweisen, Syphilis 1 Mal, Kopfverletzung 4 Mal, Trunksucht 2 Mal Ursache. 9 Entweichungen. Bei Sulfonal ist Vorsicht nöthig. Bettruhe wirkt oft erst mit körperlicher Bewegung einen heilsamen Einfluss aus. Ein wesentlicher Erfolg wurde bei der Flechsig'schen Opiumbromcur in 17 Fällen von Epilepsie nicht beobachtet. Bei 2 Frauen Sondenfütterung. Beschäftigung bei Männer in 51,52 %, bei Frauen in 41, 60 %. Ausgaben 157962 M., pro Kopf und Jahr 387 M.

Bericht der Provinzial-Irren-Anstalt Rybnik pro 1896/7. 32 S. 8⁰. (Dir. Dr. *Zander*).

Bestand 619 (313 M., 306 Fr.), aufgenommen 100 (56 M., 44 Fr.), entlassen 75 (46 M., 29 Fr.), gestorben 27 (12 M., 15 Fr.), blieben 617 (311 M., 306 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an Manie 7, an Me-

lancholie 4, an Paranoia 32, an paral. proges. 14 (10 M., 4 Fr.), an alkoholischem Irrsein 11. An Alkoholmissbrauch erkrankten 22. Entlassen geheilt 21 (9 M., 12 Fr.), gebessert 31 (19 M., 12 Fr.), ungeheilt 21 (17 M., 4 Fr.), nicht-irre 2, gestorben 27 (12 M., 15 Fr.), blieben 617. Zahlreiche Influenzafälle, auf der Frauenabtheilung 96. Ausgabe 290469 M.

Bericht der Provinzial-Anstalt Freiburg, Schlesien pro 1896/7. 14 S. 8⁰. (Direktor Dr. Buttenberg).

Bestand 473 (258 M. 215 Fr.), aufgenommen 207 (100 M., 107 Fr.). Bestand Ende März 1897 277 M., 249 Fr., incl. 3 M. und 2 Fr. auf Urlaub. An Idiotie litten 33, an Idiotie und Epilepsie 11, an Imbecillität 8, an Imbecillität mit Epilepsie 5, an Epilepsie 53, an Hysteroepilepsie 2, an einfacher Seelenstörung 79, an dem. par. 16 (6 M., 10 Fr.). Die Epilepsie hatte begonnen bei 9 im Alter von 6, bei 21 im Alter von 6—14 J., bei 13 zwischen 14—25 J., bei 9 zwischen 25—40 J. Mit dem Strafgesetz in Conflict gekommen sind 10 M. und 2 Fr., darunter einige bis 20 Mal. Ursache der Epilepsie war 8 Mal Kopfverletzung, 2 Mal potus, 7 Mal Schreck, 3 Mal Scharlach, Masern, 1 Mal Dysmenorrhoe. Bei einem Idioten waren die Eltern rechte Geschwister, beide schwachsichtig, später blind und wegen Blutschande bestraft. Es gingen ab: geheilt 12 (2 M., 10 Fr.), geb. 37 (20 M. 17 Fr.), ungeheilt 37 (26 M., 11 Fr.), 1 Imbeciller entwich und ist nicht aufgefunden. Gestorben 67 (32 M. und 35 Fr.), davon an Tuberculose 3, an Pneumonie 3. Eine hystero-epileptische Kranke wurde nach Operation des prol. uteri sehr erregt und verwirrt, starb unter zunehmender Apathie. Die Erfolge der neueren Mittel gegen Epilepsie waren wenig zufriedenstellend.

Ausgaben 167 699.

Bericht über die Irrenanstalten zu Allenberg und Kortau pro 1896. 13 S. fol.

Allenberg: Anfangs 1896 Bestand 768 (386 M., 382 Fr.), aufgenommen 274 (143 M., 131 Fr.), ausgeschieden als genesen 40 (19 M., 21 F.), gebessert 32 (18 M., 14 Fr.), ungeheilt 17 (10 M., 7 Fr), gestorben 55 (30 M., 25 Fr.), nicht-irre 1 M., blieben Ende 1896, (einschliesslich der 19 Familienpfleglinge und der Beurlaubten) 897 (451 M., 446 Fr.). Die 19 Familienpfleglinge sind bei 9 Besitzern und 3 Förstern für monatliche Pension von 5—10 M. 50% der Kranken wurden beschäftigt.

Kortau: Bestand 879 (428 M., 451 Fr.), aufgenommen 317 (165 M., 152 Fr.), entlassen: genesen 35, gebessert 82, ungeheilt 129, verstorben 85, nicht-irre 3, daher ausgeschieden 334 (177 M., 157 Fr.), blieben (einschliesslich der 46 Familienpfleglinge 862 (416 M., 446 Fr.), 1 Suicid.

In beiden Anstalten Ueberfüllung. Es muss daher an den Bau einer dritten Irrenanstalt gedacht werden, und zwar für unheilbare siechende Irre. Eine Erhöhung der Pension um 100 Mark jährlich dürfte sich empfehlen.

Die ersten 40 Jahre (vom 1. April 1855 bis 31. März 1895) der Westpreussischen Provinzial-Irrenanstalt zu Schwetz. 88 S. 4^0. (Direktor Dr. Grunau.)

In diesem Berichte führt Verfasser ausser der Statistik auch die Wandlungen in pathologischer wie therapeutischer Beziehung während dieses langen Zeitraums vor Augen.

Vom 1. April 1855 bis 1895 sind aufgenommen 3042 (1680 M., 1362 Fr.), abgegangen 2566 (1441 M, 1125 Fr.), davon geheilt 726 (371 M., 355 Fr.), gebessert 330 (169 M., 161 Fr.), ungeheilt 551 (305 M, 246 Fr.), nicht irre 10 M., gestorben 949 (586 M., 363 Fr.). Es starben an Unglücksfällen 13, an Suicid 16. Die 3 als geheilte Paralytiker angeführten Kranken sind nach nicht zu langer Zeit zurückgekehrt und an Paralyse gestorben. Die Aufenthaltsdauer der Geheilten betrug bis 3 Monate bei 97, bis 6 Monate bei 223, bis 12 Monate bei 256, bis 2 Jahre bei 114, bis 5 Jahre bei 34, über 5 Jahre bei 2. Von den beiden am spätesten geheilten Kranken war der erste, ein Landmann, $6^1/_4$ Jahr in der Anstalt und wurde 1870 28. Januar entlassen. Er litt am periodischen häufigen Irrsinn und wurde, 2 Jahre frei von Anfällen, als genesen entlassen. Der andere war $6^1/_2$ Jahr in der Anstalt, war tobsüchtig, gewaltthätig, verworren, hallucinirte und allmählich stellten sich Remissionen ein und ward 44 Jahr alt entlassen. Am jüngsten war ein Knabe von 11 Jahren, am ältesten eine Greisin von 72 Jahren, die meisten genasen im Alter von 20—30 Jahren. An Infectionskrankheiten starben 329 = 34%, darunter an Tuberculose 250 = 23%. Ueber das Pflegepersonal wird ausführlich berichtet. Die Wärter erhalten 300—540 Mark, die Wärterinnen 162—300 Mark, für Kleidung 18 und 24 Mark jährlich. Extrawärter für 1. und 2. Classe sind zur Zeit 9. Jedes Wartpersonal erhält an einem Tage in der Woche 4 Stunden Ausgang, jeder Verheirathete wöchentlich eine freie Nacht. An jedem 6. Tag hat Jeder das eine Mal für den Nachmittag, das andere Mal für den ganzen Tag Ausgang. Jährlich Urlaub bis 14 Tage, wovon die mehrsten, namentlich Wärter keinen Gebrauch machen. Die Qualität des Wartpersonals ist im Allgemeinen sehr brauchbar. „Es zeichnet sich durch Bescheidenheit und Willigkeit aus und genügt auch der Haupterforderniss den Kranken gegenüber, mit ihnen in Ruhe, Umsicht und Geduld zu verkehren.“ Namentlich für verheirathete Wärter ist eine Erhöhung des Gehaltes wünschenswerth, der älteste Wärter ist 35, die älteste Wärterin 12 Jahr im Dienste.

Eintretende Vacanzen zu besetzen, fällt niemals schwer. Auch zu Zeiten des Gebrauchs der Zwangsmittel hat deshalb doch nicht ein weniger humaner Geist den Kranken gegenüber geherrscht. In der Uebergangszeit substituirte man für den mechanischen Zwang den arzneilichen. Man verliess auch diesen, weil man inzwischen den Werth der freieren Bewegung und der Beschäftigung im Freien erkannt hatte. Die unmittelbare Nähe der Stadt hat keine Störungen hervorgerufen, man lernte beiderseitig mit einander umgehen. In der Anstalt bestehen für jedes Geschlecht 2 Wachabtheilungen, zusammen mit 50 Kranken belegt. Ausserdem zwei Krankensäle für etwa 10 bettlägerige Kranke mit nur Tageswache. Isolirräume sind natürlich auch erforderlich, Beispiele angeführt. Zur Nachtwache kommt das Wachtpersonal circa alle 14 Tage an die Reihe. Medikamente treten in den Hintergrund. Temperaturmessungen in der Achselhöhle. Es vergehen Jahre, ehe eine Zwangsfütterung stattfindet, eine Nahrungsverweigerung ist an und für sich noch keine Indication dazu. Ueber die Ernährung der Kranken und die Voit'schen Ermittelungen wird Beherzigenswertes mitgetheilt, ebenso über den Ankauf der Victualien, ob in Lieferungen oder freihändigem Ankauf. Auf die Billigkeit der Beköstigung ist von grossem Einfluss die genügende, aber sparsame Ausspeisung. Freigebung des Brotes bei Mahlzeiten brachte eine tägliche Ersparung von $1^1/_2$ Centnern. Die Menge der Speisereste darf höchstens 10% betragen. Weit herbeizuschaffende Zuthaten sind zu vermeiden. Intensiver Obst- und Gemüsebau auf dem Nutzlande 9 ha. Untersuchungsgefangene sind seit dem 1. October 1870 31 (28 M., 3 Fr.) aufgenommen worden. 23 wurden als geisteskrank befunden.

Den Bericht schliesst ein Aufsatz von Dr. Schauen, Beitrag zur Kenntniss der dem. paral. In den 40 Jahren litten an Paralyse 285 M. und 27 Fr. oder $20{,}19\%$ M. und $2{,}3\%$ Fr. Als gebessert schieden 23 und ungeheilt 35 aus. Bei 2 wurde volle Genesung angenommen, doch kehrten sie später zurück. Antisyphilitische Kuren waren machtlos. Die meisten standen im Alter von 35—49 Jahren; 20% Ledige, bei der Bevölkerung sind $7{,}06\%$. Die höchste Zahl lieferte der Kaufmann- und dann der Offizierstand. Die Paralyse ist noch im Zunehmen begriffen. 4 Mal so viel Evangelische als Katholische, wohl weil sie obigen Ständen angehören. Fast $^2/_3$ aller Fälle erlagen in 3 Jahren, mehr wie die Hälfte in $2^1/_2$ Jahren, doch bei 18 dauerte die Krankheit von 5 bis 7 Jahren. Unter 167 Fällen war lues in 43 Fällen, lues und potus in 20, potus in 19 Ursache. Mehreres über die Symptome in der Entwicklung der Krankheit.

Zuletzt ein Aufsatz von Dr. Frey, Drei microcephalische Gechwister mit Abbildung. Ein Lageplan der Irrenanstalt folgt.

Bericht der Westpr. Prov.-Irrenanst. Schwetz pro 1896/97. 13 S. Fol. (Dir. Dr. *Grunau.*)

Bestand 461 (227 M. 234 Fr.), aufgenommen 68 (45 M. 23 Fr.), ausgeschieden 55 (36 M. 19 Fr.), blieben 474 (236 M. 238 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an Paralyse 11 (9 M. 2 Fr.), zur Beobachtung 5, sämmtlich geisteskrank. Es schieden aus: geheilt 8 (4 M. 4 Fr.), gebessert 13 (10 M. 3 Fr.), ungeheilt 14 (10 M. 4 Fr.), gestorben 20 (12 M. 8 Fr.). Von den Geheilten litten an Melancholie 2, an Manie 4, hallucinator. Verwirrtheit 1, an periodischem Irrsinn 1; deren Aufenthaltsdauer von 2—4 Mon. bei 3, 7—8 Mon. bei 4, 10—11 Mon. bei 1. An Tuberkulosen starben 15%. 9 Entweichungen meist von verbrecherischen Irren. Ausgaben pro Kopf und Jahr 511 Mark, pro Tag 1,40.

Bericht der Prov.-Irrenanstalt zu Owinsk pro 1895—96. 11 S 4°. (Dir. Dr. *Werner*).

Bestand 586 (306 M. 280 Fr.) incl. Beurlaubter, aufgenommen 163 (73 M. 90 Fr.), Abgang infolge Beurlaubung 18 (9 M. 9 Fr.), endgültiger Entlassung 125 (76 M. 49 Fr.), mit dem Tode 45 (32 M. 13 Fr.), blieben 561 (262 M. 299 Fr.). 1895 vom Bestande voraussichtlich heilbar 93, unheilbar 493. Unter den Aufgenommenen 22 (19 M. 3 Fr.) mit Paralyse, bei 41 Heredität nachweisbar. Aufenthaltsdauer bei den Geheilten bis 6 Mon. bei 8, bis 1 Jahr bei 10, bis 2 Jahr bei 7. Todesursache bei 7 Tub. pulm., bei 1 Suicid. Areal 33 ha. Ausgaben 274886 M.

Bericht der Prov.-Irrenanstalt Dziekanka b. Gnesen pro 1895—96. 12 S. 4°. (Dir. Dr. *Kayser*).

Bestand 227 (99 M. 128 Fr.), aufgenommen 212 (108 M. 104 Fr.) abgegangen beurlaubt 6 (1 M. 5 Fr.), endgültig entlassen 52 (31 M. 21 Fr.), gestorben 23 (11 M. 12 Fr.), entwichen 1. blieben 357 (163 M. 194 Fr.). Von dem bleibenden Bestande gelten als heilbar 28 (13 M. 25 Fr.), unheilbar 329 (150 M. 179 Fr.). Vom Zugange litten an alcoh. chron. 8 M., an progressiver Paralyse 18 M. und 3 Fr. Todesursache Tuberculosis bei 7, Suicid bei 2. Vom Areal des Gutes sind 25 ha für Anstaltszwecke abgetreten. 2 zur Beobachtung Uebergebene wnrden als nicht geisteskrank erkannt. Ausgabe 175 724 M.

Bericht der Westpreussischen Prov.-Irrenanstalt zu Conradstein pro 30. Sept. 1895 bis 31. März 1897. 17 S. 4°. (Dir. Dr. *Kroemer*).

Der Bahnhof Stargard liegt auf dem Anstaltsgebiete des Rittergutes Conradstein, das 1328 M. Land hat und 266000 M. kostete. Der Bauplan des Directors am 1. März 1894 genehmigt. Zunächst für 640 Kranke. Bei der Ueberfüllung der anderen beiden Provinzial-Anstalten wurde zuerst je ein Männer- und Frauenhaus gebaut und Ende December 1895 mit 50 Kranken belegt, in Summa mit 99 (49 M. 50 Fr.), aufgenommen bis Ende März 1897 122 (59 M. 63 Fr.), ausgeschieden 37 (20 M. 17 Fr.), blieben 184 (88 M. 96 Fr.). Entlassen geheilt 6 (3 M. 3 Fr.), gebessert 13 (5 M. 8 Fr.), ungeheilt 4 (3 M. 1 Fr.), gestorben 14 (9 M. 5 Fr.). An Paralyse litten 14 (13 M. 1 Fr.), an Epilepsie 21, an Idiotie und Imbecillität 22. Erblich belastet 84, gerichtlich bestraft 18. Vom 6. bis 30. März 1897 befiel die Influenza 4 M. und 44 Fr. und zwar letztere nur in 2 Häusern und dem Küchenpersonal. In 2 Fällen Suicid.

Das Areal beträgt 332 ha. Die fertigen Neubauten stehen mit 1411100 M., das Gut mit 243299 M., das Inventar mit 176100 M. in der Feuerversicherung.

Bericht der Westpr. Prov.-Irrenanstalt zu Neustadt pro 1896/97. 28 S. fol. (Dir. Dr. *Rabbas*).

Bestand 509 (254 M. 255 Fr.), aufgenommen 182 (105 M. 77 Fr.) Abgang 141 (79 M. 62 Fr.), davon genesen 23 (12 M. 11 Fr.), gebessert 37 (25 M. 12 Fr.), ungeheilt 14 (10 M. 4 Fr.), gestorben 66 (31 M. 35 Fr.) blieben 550 (280 M. 270 Fr.). Mit Paralyse Bestand 35 M., aufgenommen 30 (24 M. 6 Fr.), entlassen gebessert 5 M., ungeheilt 3 M. 1 Fr., gestorben 13 M. 3 Fr., blieben 40 (38 M. 2 Fr.) Aufnahmegesuche 209, wovon 24 wegen Ueberfüllung abgelehnt werden mussten. Zur Beobachtung kamen 2, beide krank. Bei den Geheilten Aufenthaltsdauer bis 3 Mon. bei 8, bis 6 Mon. bei 9, bis 1 Jahr bei 5, bis 2 Jahre und mehr bei 1. Krankheitsdauer bei ihnen vor der Aufnahme bis 3 Mon. bei 18, bis 6 Mon. bei 3, bis 1 Jahr bei 1, mehr bei 1. Influenza bei 70 Kranken und 17 Wartpersonal. Erysipel bei 8, decubitus bei 12, vitium cordis bei 13, Lungentuberkulose bei 5, Pneumonie bei 16, Lungengangrän bei 2, Ausgabe 301357 M.

Bericht der Heilanstalt Eichberg im Rheingau von April 1895/96. (Dir. Dr. *Schroeter*).

Bestand 644 (322 M. 322 Fr.), aufgenommen 185 (93 M. 92 Fr.), entlassen geheilt 31 (14 M. 17 Fr.), gebessert 54 (32 M. 22 Fr.), ungeheilt 20 (12 M. 8 Fr.), gestorben 57 (30 M. 27 Fr.), nicht-irre 1 M., blieben 666 (326 M. 340 Fr.). 8 Personen wurden zur Beobachtung übergeben. Unter den Aufgenommenen bereits vorher bestraft 17. Heredität nachzuweisen bei 91 = 40%. 3 Entweichungen ohne üble

Folgen. Bei den Geheilten Krankheitsdauer vor der Aufnahme unter 3 Mon. bei 24, bis 6 Mon. bei 5, über 6 Mon. bei 2; Aufenthaltsdauer unter 3 Mon. bei 6, bis 6 Mon. bei 10, bis 12 Mon. bei 10, über 1 Jahr bei 5. Die Colonie auf dem Wachholderhof zählte 72 kranke M. Die Familienpflege kranker Frauen in benachbarten Familien bei ehemaligem Wartepersonal konnte auf 42 Köpfe gebracht werden.

Bericht der Prov.-Pflege-Anstalt bei Neustadt in Holstein pro 1896/97. 21 S. 4°. (Dir. Dr. *Kirchhoff.*)

Bestand 1896 339 (177 M. 162 Fr.), aufgenommen 41 (27 M. 14 Fr.), entlassen 19 (13 M. 6 Fr.), gestorben 24 (12 M. 12 Fr.). 1 Mädchen wurde geheilt entlassen, 3 M. entwichen dauernd. 2 Häuser wurden April 1897 fertig gebaut. Gebaut und bezogen 3 Doppelhäuser für Wärter. Landbesitz 53 ha. Ausgabe 123 416 M.

Berichte der Irrenanstalten zu Marsberg, Lengerich, Münster, Aplerbeck, Eickelborn pro 1895/96. 75 S. 4°.

Marsberg. Bestand 445 (227 M. 218 Fr.), aufgenommen 123 (83 M. 40 Fr.). Abgang 119 und zwar geheilt 27 (20 M. 17 Fr.), gebessert 27 (15 M. 12 Fr.), ungeheilt 29 (15 M. 14 Fr.), gestorben 25 (14 M. 11 Fr.), beobachtet 1 M. 42 Aufnahmegesuche konnten wegen Raummangels nicht berücksichtigt werden; bei den Geheilten Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 3 Mon. bei 24, bis 6 Mon. bei 8, bis 12 Mon. bei 5; Aufenthaltsdauer bis 6 Mon. bei 21, bis 1 Jahr bei 8, über 1 Jahr bei 8. Ausgabe 327 963 M.

Lengerich. Bestand 487 (261 M. 226 Fr.), Zugang 144 (68 M. 76 Fr.), entlassen geheilt 35 (17 M. 18 Fr.), gebessert 54 (27 M. 27 Fr.), beurlaubt 1 M., beobachtet 5 (4 M. 1 Fr.), ungeheilt 42 (19 M. 23 Fr.), gestorben 25 (17 M. 8 Fr.), blieben 469 (244 M. 225 Fr.). Todesursachen bei 4 Lungenödem, bei 7 Lungenentzündung, bei 4 Tuberkulose, bei 2 Suicid.

Münster. Bestand 477 (229 M. 248 Fr.), Zugang 233 (126 M. 107 Fr.), Abgang beobachtet 8 M. 1 Fr., geheilt 40 (14 M. 26 Fr.), gebessert 37 (23 M. 14 Fr.), ungeheilt 131 (72 M. 59 Fr.), gestorben 34 (17 M. 17 Fr.), blieben 459 (221 M. 238 Fr.), Todesursache: Periencephalitis bei 10, Apoplexie bei 4, Lungentuberkulose bei 5, Marasmus bei 6, Suicid bei 1.

Aplerbeck. Die ersten 92 Kranke kamen am 5. April 1895. Summa der Verpflegten 300 (158 M. 142 Fr.), Abgang 39 (21 M. 18 Fr.), blieben 261 (137 M. 124 Fr.). Es starben an Pneunomie 3, an Tuberkulose 1, an Suicid 2.

Eickelborn. Bestand 478 (248 M. 230 Fr.), aufgenommen 42 (26 M, 16 Fr.), entlassen ungeeignet 1 Fr., geheilt 2 Fr., in andere Anstalten 2 M., ungeheilt 1 M., beurlaubt 1 M., gestorben 33 (21 M. 12 Fr.), blieben 487 (253 M. 234 Fr.). Unter den letzteren 327 mit einfacher Seelenstörung, 99 mit angeborenen, 48 mit Epilepsie, 13 (11 M. 2 Fr.) mit Paralyse.

Bericht der Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt zu Hildesheim pro 1896/97. 14 S. 4°. (Dir. Dr. *Gerstenberg.*)

Bestand 748 (411 M. 337 Fr.) Aufgenommen 322 (182 M. 140 Fr.). Entlassen geheilt 44 (20 M. 24 Fr.), gebessert 40 (19 M. 21 Fr.), ungeheilt 167 (79 M. 88 Fr.), davon in andere Irrenanstalten übergeführt 132, nicht-irre 4 M. Gestorben 70 (50 M. 20 Fr.), darunter ein Mann, der 53 Jahre in der Anstalt war. An Paralyse starben 29 M. und 1 Frau, an Tuberkulose 6. Bleiben 745 (421 M. 324 Fr.). Zur Beobachtung wurden 12 M. von den Gerichten übergeben, kurzes Referat über dieselben. Ueberfüllung. Ausgaben 971611 M.

Bericht der Provinzial-Irrenanstalt zu Osnabrück. 10 S. 4. (Dir. Dr. *Meyer.*)

Ueberfüllung, 78 Aufnahmegesuche mussten abgewiesen werden. Bestand am 1. April 1896 465 (168 M. 297 Fr.), aufgenommen 84 (38 Männer 46 Fr.). Entlassen geheilt 19 (6 M. 13 Fr.), gebessert 13 (7 M. 6 Fr.), ungebessert 21 (5 M. 16 Fr.), nicht-irre 1 M. 5 Entweichungen. 5 Fr. starben an Tuberkulose. Summa der Todesfälle 19 (7 M. 12 Fr.) Es blieben 476. Aufenthaltsdauer der Geheilten weniger als 6 Monate bei 13, weniger als 1 Jahr bei 4, mehr als 1 Jahr bei 1.

Bericht der Provinzial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt bei Schleswig, pro 1896/7, 25 S. 4°. (Dir. Dr. *Hansen*).

Bestand 831 (444 M. 387 Fr.), aufgenommen 343 (168 M. 175 Fr.). Entlassen geheilt 46 (16 M. 30 Fr.), gebessert 71 (31 M. 40 Fr.), ungeheilt 113 (62 M. 51 Pr.), gestorben 80 (40 M. 40 Fr.), nicht-irre 5 M., blieben 859 (458 M. 401 Fr.). Von den Geheilten litten an Schwermuth 18, an Tobsucht 24, an Verrücktheit 4; Aufenthaltsdauer bis 6 Monate bei 34, bis 12 Monate bei 9, bis 2 Jahre bei 2, bis 3 Jahre bei 1. Von den Aufgenommenen litten an Paralyse 34 (27 M. 7 Fr.), waren nicht-irre 5 M.; wahrscheinliche Krankheitsursache Familienanlage bei 129, geistige Ueberanstrengung bei 3, religiöse Beeinflussung bei 2, Trunksucht bei 24, lues bei 1, Kopfverletzung bei 1, trauma bei 3, Typhus

bei 1, Haft bei 2. Von den Gestorbenen litten an Paralyse 26 (22 M. 4 Fr.), deren Alter zwischen 30 und 40 Jahren bei 10, zwischen 40 und 50 Jahren bei 13, zwischen 50 und 60 Jahren bei 2, 61 Jahre bei 1, deren Krankheitsdauer von 1—2 Jahren bei 9, 2—3 Jahren bei 11, von 3—4 Jahren bei 3, von 4—5 Jahren bei 2, von 5—6 Jahren bei 1. Den Privatanstalten mussten 63 Kranke anvertraut werden. Krankheitsberichte über die zur Beobachtung Ueberwiesenen. Verpflegung pro Kopf und Tag 60,90 Pf., Kosten 431,007 M.

Bericht der Bezirks-Irrenanstalt Stephansfeld-Hoerdt pro 1896/97. 26 S. 4°. (Dir. Dr. *Vorster.*)

Bestand 1334 (658 M. 676 Fr.), darunter mit Paralyse 57 (34 M. 23 Fr.), mit delir. potat. 21 M. Aufgenommen 323 (179 M. 144 Fr.), darunter mit Paralyse 25 (17 M. 8 Fr.), mit del. pot. 6 M., nicht-irre 2 M. Erblichkeit nachweisbar bei 70 M. u. 45 Fr., 39,5 und 31,2 %. 1 Nicht-Irrer, 74 Jahre alt, hatte Blutschande mit seiner Tochter, deren Tochter und wiederum deren Tochter getrieben, simulirte Geisteskrankheit, ward aber nicht geisteskrank befunden. Abgang 241 (141 Männer 100 Fr.), davon genesen 52 (29 M. 23 Fr.), gebessert 44 (23 M. 21 Fr.) ungeheilt 56 (39 M. 17 Fr.). Gestorben 87 (48 M. 39 Fr.). Todesursache: Lungen- und Darmtuberkulose 20, Krankheiten der Athmungsorgane 34, Herzkrankkeiten 9, Nierenleiden 1, Suicid 2 bei 1 Paralytiker und 1 dem. sen., welche vorher nichts befürchten liessen. Ein Kranker mit progressiver Bulbärparalyse, der mit der Schlundsonde ernährt wurde, nahm heimlich eine Pflaume und gerieth in Erstickungsgefahr; Tracheotomie befreite ihn, aber er starb am nächsten Tage an Schluckpneumonie. Am Schlusse des Jahres war Bestand 1416 (696 M. 720 Fr.), daher Ueberfüllung. Verpflegung pro Kopf und Jahr 439 M. Ausgabe 606,866 M.

Bericht des Fürst-Carl-Landeshospitals zu Sigmaringen pro 1896. 14 S. 4°. (Dir. Dr. *Bilharz.*)

A. Abtheilung für Geisteskranke: Eröffnung des Hauses für 50 männliche Kranke; Schlafräume im oberen Stock, Tagesräume parterre. Bestand Anfang 1896 84 (44 M. 40 Fr.), Zugang 29 (17 M. 12 Fr.). Mit Paralyse 4 (3 M. 1 Fr.), alcol. Seelenstörung 5 (4 M. 1 Fr.), nicht-irre 1 M. Abgang: geheilt 7 (5 M. 2 Fr.), ungeheilt 4 (3 M. 1 Fr.), gestorben 7 (4 M. 3 Fr.), blieben 95 (49 M. 46 Fr.)

B. Abtheilung für körperlich Kranke. Bestand 20.

C. Abtheilung für Pfründer. Bestand 87.

D. Anstalt für Lehrtöchter. Am Schlusse des Jahres 7. Zahl der barmherzigen Schwestern 16.

Bericht der Heilanstalt Johannisberg bei Kaiserswerth. in den Jahren 1891—1896. 41 S. 8⁰. (Dir. Arzt Dr. *Tippel.*)

Geschichtliches. Lage der Anstalt, Terrain. Gebäude. Bestand am 1. Januar 1891 53 mit 1 Paralyse, aufgenommen 260, abgegangen geheilt 93, gebessert 83, ungeheilt 51, gestorben 33, blieben 53. Nachweisbare erbliche Belastung der Aufgenommenen bei 224. Aufenthaltsdauer der Geheilten bis 6 Monate bei 72, bis 12 Monate bei 9, bis 2 Jahre bei 3, über 2 Jahre bei 6, Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 6 Monate bei 46, bis 12 Monate bei 35, bis 2 Jahre bei 7, über 2 Jahre bei 2. Todesursache bei 10 Lungenödem, bei 1 Verbrennung, bei 1 Suicid. Mit der Bestimmung „geheilt" wird streng verfahren, und dies um so eher zu erreichen ist, als die Erhaltung der Beziehungen zu den Entlassenen Regel ist. Ausführliches über die Erziehung des Pflegepersonals, Werth der Bildung desselben, Einfluss der Bestimmung der Anstalt, möglichst viele Diaconissen auszubilden, wobei jedoch ein Stamm bleibt. Werth des Unterrichts von Seiten des dirigirenden Arztes. Die Alexianerbewegung hat auf die Wirksamkeit der Anstalt keinen Einfluss ausgeübt. Einrichtung besonderer Wachabtheilungen in kleineren Dimensionen. 5 ganze und 3 halbe Freibetten. Bettruhe bei $^2/_3$—$^3/_4$ aller Insassen. Der Nahrungsverweigerung liegt häufig ein Funktionshinderniss meist in der motorischen Sphäre des Magens zu Grunde. Zur Hebung der Ernährung war Dungs-China-Calisaya-Elixir und Eucasin hilfreich. Prolongirte Bäder häufig, als Unterstützungsmittel kleine Gaben alcoholischer Getränke. Sulfonal und Trional veranlassten je in einem Falle Intoxikationserscheinungen. Turnen segensreich. Neu eingerichtet ein Erholungshaus mit 16 Zimmern und 2 Sälen mit einem grossen Procentsatz der Psychosen in den ersten Stadien, wie sie in der eigentlichen Irrenanstalt nie zur Behandlung kommen.

Bericht der Kreisirrenanst. München pro 1896. 32 S 8⁰. (*Dir. Prof. Dr. Bumm*).

Bestand 502 (246 M. 256 Fr.), aufgenommen 225 (142 M. 83 Fr.), abgegangen genesen 34 (21 M. 13 Fr.), geb. 36 (20 M. 16 Fr.), ungebessert 73 (48 M. 25 Fr.), gest. 70 (40 M. 30 Fr.), blieben 501 (246 M. 255 Fr). Bei den Aufgenommenen Erblichkeit nachweisbar bei 49. Von paral. Seelenstör. war Bestand 60 (43 M. 17 Fr.), aufgenommen 51 (42 M. 9 Fr.), gingen ab geb. 8 M., ungeb. 9 (7 M. 2 Fr.), gest. 36 (27 M. 9 Fr.), blieben 58 (43 M. 15 Fr.), in forensischer Beziehung 54 (50 M. 4 Fr.). Genesung nach der Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 11 bis 1 Mon., bei 17 bis 3 Mon., bei 2 bis 6 Mon., bis 12 Mon. bei

3, über 2 Jahr bei 1, darunter erblich 19. Todesursache bei 13 Tuberkulose. Ausgaben 537935.

Die Zahl der verbrecherischen Idioten nimmt zu und ebenso der zur Beobachtung eingewiesenen Untersuchungsgefangenen, unter denen 14 nicht Geisteskranke waren. In den letzten 5 J. 84 Untersuchungsgefangene, darunter 43 Nicht-irre. 74% aller Kranken gehörten der Stadt München an. 8 Untersuchungsgefangene waren geisteskrank. Mit 65000 M. ist eine neue Kanalisation ausgeführt und an die städt. Kanalisation angeschlossen. Eine neue Verköstigungsordnung wirkt trefflich, jede Pflegeperson hat 14 Tage Urlaub. Pensionskasse. Der Unterstützungsfond, vor 23 J. von *Gudden* begründet, hat 122,700 M. Ein Pfleger seit 27 J. im Dienst wurde mit 900 M. pensionirt.

11. Ber. der Kreis-Irrenanst. Gabersee pro 1896. 4 S. 8°. (*Dir. Dr. Bandorf*).

2 Pläne der neuen Beobachtungsstation und der Plan des 1. Landhauses f. Männer liegen bei. Bestand 448 (223 M. 225 Fr.), aufgenommen 135 (65 M. 70 Fr.), Abgang 125 (71 M. 54 Fr.), blieben 458 (217 M. 241 Fr.). Unter den Aufgenommenen mit Paralyse 7,7% M., 10% Fr., Heredität 50%. Im Abgange waren mit Paralyse 14% M., 7,4% Fr. Entlassen genesen 23,2% (18,3% M. 29,6% Fr.), gebessert 24,8% ungeheilt 20%, gest. 32,0%. Durchschnittlicher Anstaltsaufenthalt der genesenen M. war 3 Mon. 14 Tage, der der Fr. 7 Mon. 8 Tage. Isolirt bei Tage durchnittlich 1,2% M., 2,2% Fr.; vom Gesammtbestand isolirt 13,1% M. 27,7% Fr. die Isolirung dauerte nur 39 male über 5 Tage. Unrein bei Tage 2,1% M., 1,9% Fr., bei Nacht 6,4% M., 8,9% Fr. Decubitus bei 2,6% des Jahresdurchschnittes. Bei 3 Pfleglingen der Beobachtungsstation Othämatome; der Verdacht fiel auf einen dort verpflegten periodisch Tobsüchtigeu. Bei 2 M. und 3 Fr. zwangsweise Ernährung. Beschäftigt 71,8%. Frei verpflegt 38,3%. Entwichen 4,2% des Gesammtbestandes, aus der geschlossenen Abt. 5, aus der freien 8. 1 Mann blieb verschollen. Kosten 199,816 M., pro Kopf und Tag 1,18 M. Der Bau der Anstalt ist nunmehr fertiggestellt. Areal 111,5 ha.

Bericht der Kreis-Irrenanst. Bayreuth pro 1896. 37 S. 8°. (*Dir. Dr. Kraussold*).

Bestand 478 (266 M. 212 Fr.), aufgenommen 132 (81 M. 51 Fr.), abgegangen: geheilt 27 (9 M. 18 Fr.), geb. 42 (30 M. 12 Fr.), ungeb. 12 (5 M. 7 Fr.), gest. 32 (21 M. 11 Fr.), blieben 495 (280 M. 215 Fr.). Nach der Erkrankung mit dem Strafgesetz in Conflikt gekommen 6 bestraft 3. Bei den Genesenen Krankheitsdauer vor der Anfnahme bis 6 Mon. bei 22, bis 12 Mon. bei 1, bis 2 J. bei 2, über 2 Jahre bei 1.

unbestimmt bei 1. Davon mit Erblichkeit bei 15, nicht erblich bei 9. unbekannt bei 3. Ursache des Todes 7 mal Tuberkulose. Ausgaben 304843 M.

Von den Gehirnen der Gestorbenen war das höchste Gewicht bei den Männern 1500 Gr. und das niedrigste 1150 Gr., bei den Frauen das höchste 1400 Gr., das niedrigste 990 Gr. Bei den beiden Paralytikern 1150 und 1380 Gr., bei dem Paralytiker mit 990 Gr. mit 90 Gr. seröser Flüssigkeit. Bei der Behandlung spielten hypnotica und Bäder eine grosse Rolle. Künstliche Ernährung in 19 Fällen (6 M. 13 Fr.), 260 mal. Bettbehandlung in Verbindung mit Wachabteilungen wohlthätig.

Bericht der Lokal-Irren-Anstalt St. Getreu zu Bamberg. 22 S. (*Oberarzt Dr. Burger*).

Anf. 1896 Bestand 67 (25 M. 42 Fr.), aufgenommen 51 (30 M. 21 Fr.), abgegangen 47 (27 M. 20 Fr.), davon durch Tod 5 (1 M. 4 Fr.), blieben 71 (28 M. und 43 Fr.). Überfüllung. Unter den Formen: mit Alkoholismus 9, mit dem. paral. 8 (5 M. 3 Fr.). Heredität nachweisbar bei 56,8%. Geheilt entlassen 20 (14 M. 6 Fr.), gebessert 15 (7 M 8 Fr.), unverändert 7 (5 M. 2 Fr.). Von den Neuaufgenommenen entlassen geheilt 16, gebessert 10, unverändert 7, gestorben 3, Ausgabe 64583 M.

Stadt-Irren- und Siechenhaus in Dresden p. 1895. (*Dir. Arzt Dr. Ganser*).

Anstaltsterrain 5 ha. In der Irrenbeobachtung ein kohlensaures Bad errichtet. Vom Pflegepersonal gingen ab 61. In der Irrenbeobachtungsabt. war Bestand 58, gingen zu 776, gingen ab 788, blieben 46 (25 M. 21 Fr.). Auf der Siechenabt. Bestand 608, gingen zu 377, gingen ab 328, blieben 657. In d. Beobachtungsabt. war mit fortschr. Paralyse Bestand 10 (9 M. 1 Fr.), kamen hinzu 94 (78 M. 16 Fr.), gingen ab 100 (84 M. 16 Fr.). starben 6 (5 M. 1 Fr.) blieben 4 (3 M. 1 Fr.); Erblichkeit nachgewiesen bei 33. Mit Alcoholismus Bestand 11, Zugang 200, Abgang 205. starb 1, blieben 4, mit Erblichkeit 55, Nicht-irre blieb 1. In die Familie kehrten zurück geheilt 123, geb 72, ungeheilt 139, nicht-irre 17. 37% litten v. d. M. an Trinkerkrankheit, 7% v. d. Frauen. Zählt man die Trunksucht mit anderen Ursachen, so kommen auf die Männer sogar 57%. Bei den als nicht geisteskrank befundenen 16 M. u. 10 Fr. handelt es sich 8 mal um Personen, die zur Beobachtung eingeliefert wurden, je 3 mal um Fälle von organ. Gehirnkrankheit und Schädelbruch, 2 mal um Hirnhautentzündung, je 1 mal um akute Miliartuberkulose, Rippen- und Herzbeutelentzündung, tabes, herdförmige Gehirnerweichung, Gehirngeschwulst,

Kopfknochensyphilis, Typhus, chron. Nierenentzündung, Eklampsie der Schwangeren und Herzfehler. Bei den 87 paral. M. und 17 paral. Fr. liess sich in 67% und 70% Syphilis nachweisen.

Bericht der Grossh. Mekl. Irren- Heil- und Pflegeanst. Sachsenberg pro 1896. 14 S. 4°. (*Dir. Dr. Matusch.*)

Bestand 581 (316 M. 268 Fr.), darunter mit Paralyse 21 M. und 3 Fr., aufgen. 189 (103 M. 86 Fr.), darunter mit Paral. 17 (13 M. 4 Fr.), Abgang 219 (119 M. 100 Fr.), davon geheilt 38 (20 M. 18 Fr.), geb. 31 (18 M. 13 Fr.), ungeheilt 86 (45 M. 41 Fr.), davon in andere Anstalt 28, gest. 64 (36 M. 28 Fr.), darunter mit Paralyse 18 (14 M. 4 Fr.), blieben 551 (300 M. 251 Fr.), darunter mit Paralyse 21 (18 M. 3 Fr.). Bei den Genesenen Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 6 M. bei 26, bis 12 Mon. bei 5, bis 2 J. bei 2, über 2 J. bei 3, unbestimmt bei 2. Tod bei 2 durch Suicid. 4 zur Beobachtung übergebene Männer waren geisteskrank. Ausgabe 297033 M.

38. stat. Nachricht üb. d. Genesungshaus zu Roda p. 1896. 8 S. 4°. (*Dir. Dr. Ad. Meyer*).

Heil- und Pflegeanst. f. Geisteskr. a. d. Hzgth. Sachsen-Altenburg und dem Frst. Reuss j. L. Zahl der Betten 343, des Warteper-sonals 36. Bestand 303 (159 M. 144 Fr.) Zugang 95 (52 M. 43 Fr.) Abgang 90 (46 M. 44 Fr.), blieben 308 (165 M. 143. Fr.) Es gingen ab: geheilt 20 (9 M. 11 Fr.), geb. 21 (12 M. 9 Fr.), ungeh. 15 (8 M. 7 Fr.), gest. 34 (17 M. 17 Fr.). 1 Irrer kam auf 665 Einwohner. Mit paral. Seelenstörung war Bestand 15 (10 M. 5 Fr.), gingen zu 13 (12 M. 1 Fr.), gingen ab 20 (16 M. 4 Fr.), davon durch Tod 14 M. 4 Fr., blieben 8 (6 M. 2 Fr.), mit del. pot. 2, nicht-irre 1 Fr. Bei den Gebliebenen war Hoffnung auf Genesung bei 19, unsichere bei 21, keine bei 268.

Heilanstalt für heilbare Körperkranke mit 56 Betten blieb Bestand 2.

Bericht der Anstalt Friedrichsberg in Hamburg pro 1896. 16 S. fol. (Oberarzt Dr. *Reye*).

Bestand 1182 (578 M., 604 Fr.), aufgenommen 577 (299 M., 278 Fr.), abgegangen 473 (259 M., 214 Fr.), blieben 1286 (618 M., 668 Fr.), davon beurlaubt 34 (18 M., 16 Fr.). 1 Mann mit delir. trem. aufgenommen und geheilt; 3 M. zur Beobachtung, wovon 2 Simulanten und 1 nicht-irre waren. Von den übrigen Aufgenommenen litten an Paralyse 100 (84 M., 16 Fr.); Erblichkeit nachweisbar bei 129. Im Abgange waren mit Paralyse 87 (64 M., 23 Fr.). Ursache war bei 58 Säuferdyscrasie. Geheilt 96 (56 M., 40 Fr.), gebessert 116 (66 M., 50 Fr.), ungebessert 114 (46 M., 68 Fr.).

gestorben 137 (82 M., 55 Fr.). Geheilt wurden 62 Schwermüthige, 34 Tobsüchtige. Die Heilung erfolgte innerhalb 6 Monate bei 68, innerhalb eines Jahres bei 23, innerhalb 2 Jahre bei 4, innerhalb 3 Jahre bei 1. Ende 1896 Bestand 1286, darunter mit Paralyse 107 (70 M., 37 Fr.) beurlaubt 34. Ausgabe pro Person und Tag 1, 46 M., in Summa 811 672 M.

Bericht der Krankenanstalt in Bremen pro 1896. 9. S. 4⁰.

St. Jürgen-Asyl. Dir.-Arzt Dr. *O. Focke*. Bestand 191 (92 M., 99 Fr.), aufgenommen 150 (79 M., 71 Fr.), entlassen 111 (63 M., 48 Fr.) gestorben 28 (10 M., 18 Fr.), blieben 202 (98 M., 104 Fr.) Von den Aufgenommenen litten an Paralyse 16 (11 M., 5 Fr.), an Alcoholismus 10; 26% waren frisch erkrankt. Entlassen als Passanten 11 (1 M., 10 Fr.), geheilt 17 (7 M., 10 Fr.), gebessert 23 (15 M., 8 Fr.), ungeheilt 52 (32 M., 20 Fr.). Es starben an Tuberculose 8, an Suicid 1 Fr. Ueberfüllung,

Bericht der Privat-Anstalt zu Rockwinkel pro 1896. 7 S. 8⁰. (Dir. Dr. *Engelken*).

Bestand 23 (16 M., 7 Fr.), darunter mit Paralyse 5 M. und 2 M. mit delir. pot. Aufgenommen 18 (7 M., 11 Fr.), darunter 2 M. mit Paralyse. Entlassen 22 (13 M., 9 Fr.), darunter mit Paralyse 7 M., geheilt 2 (1 M., 1 Fr.), gebessert 5 (3 M., 2 Fr.), von denen der eine an schwerer Melancholie mit Selbstmordtrieb litt, und von dem Vater, Onkel und Grossvater an Suicid geendet hatten. Ungeheilt entlassen 16 (9 M., 7 Fr.), wovon der eine auf Grund richterlichen Urtheils, nachdem die Familie seine Entmündigung beantragt hatte — im schroffsten Gegensatz zu dem motivirten ärztlichen Gutachten — auf freien Fuss gesetzt war und der zu Grunde ging in der jämmerlichsten Weise. 6 (3 M., 3 Fr.) starben, 1 Frau an Suicid, die auf ihren Wunsch gegen ärztlichen Rath in einigen Tagen nach Hause zurückkehren sollte. Bestand Ende 1896 20 Kranke. In familiärer Pflege am Orte 3 Fr.

Bericht der Irren-Anstalt zu Lübeck pro 1896/7. 6 S. 4⁰.

Bestand 1. April 1896 133 (77 M., 56 Fr.), aufgenommen 48 (28 M., 20 Fr.), entlassen geheilt 10 (4 M., 6 Fr.), gebessert 5 (3 M., 2 Fr.), ungeheilt 18 (11 M., 7 Fr.), nicht-irre 1 M., gestorben 15 (11 M., 4 Fr.), blieben 132 (75 M., 57 Fr.). Am 1. Januar 1897 war Bestand 125 (71 M., 54 Fr.), Zugang 48 (30 M., 18 Fr.), Abgang 38 (21 M., 17 Fr.), davon durch Tod 14 (8 M., 6 Fr.). An Paralyse war Bestand 9 (8 M., 1 Fr.), Zugang 9 (6 M., 3 Fr.), Abgang 8 (5 M., 3 Fr.), davon durch Tod 7

(4 M., 3 Fr.), Aufenthaltsdauer der Geheilten bis 6 Monate bei 8 (4 M., 4 Fr.), über 6 Mon. bei 2 Fr. Ausgaben 112878 M., pro Tag und Kopf 2,30 M. Durchschnittlich wurden 34 M. und 18 Fr. beschäftigt.

Bericht der niederöstr. Landes-Irren-Anstalten Wien, Ybbs, Klosterneuburg und Kierling-Gugging, der niederöster. Irrenzweiganstalt in Langenlois, sowie der sonstigen Anstalten zur Unterbringung geistesgestörter niederöstr. Landespfleglinge pro 1895/6. 153 S. gr. 4⁰. Wien 1897.

Irrenanstalt Wien: Dir. San.-Rath Dr. Ad. Tilkowsky. Bestand Ende 1894 687 (327 M., 360 Fr.), aufgenommen 1895 1024 (674 M., 350 Fr.), entlassen geheilt 323 (257 M., 66 Fr.), in andere Anstalten 279 (159 M., 120 Fr.), in Versorgung 54 (35 M., 19 Fr.), gebessert und ungebessert gegen Revers 128 (72 M., 56 Fr.), gestorben 142 (91 M., 51 Fr., entwichen 4 (3 M., 1 Fr.), verblieben 781 (384 M., 397 Fr.), bei einem Normalbelegraum von 700. Mit Ende 1894 verblieben beurlaubt 7, 1895 wurden beurlaubt 29. Unter den Ende 1894 687 Verbliebenen waren mit Tollheit 1, mit partiellem Wahnsinn 168, mit period. Geistesstörung 25, mit paral. Geistesstörung 131, mit Epilepsie 56, mit Hysterie 8, mit Herderkrankungen 6, mit Alcoholismus 58. Unter den Neuaufgenommenen waren mit Tollheit 9, mit partiellem Wahnsinn 130, mit period. Störung 15, mit Paralyse 215, mit Epilepsie 56, mit Hysterie 18, mit Herderkrankung 9, mit Alcoholismus 295, ausschliesslich durch Alcohol erkrankt 253, unter dessen Mitwirkung 118. Unter den Ursachen sind angeführt Heredität mit 190, Fieber mit 35, Syphilis mit 70, Kopftrauma mit 58, andere Traumen mit 40, geistige Ueberanstrengung mit 47, Missbrauch geistiger Getränke mit 352. Von den geheilt Entlassenen litten an angeborenem Schwachsinn 9, an Selbstanklagewahn 9, an Tollheit 3, an Verwirrtheit 36, an partiellem Wahnsinn 13, an period. Störung 11, an erworbenem Blödsinn 1, an paral. Geistesstörung 3, an Epilepsie 19, an Hysterie 4, an Neurasthenie 6, an Herderkrankung 1, an Alcoholismus 206, an anderen Intoxicationspsychosen 1, in Beobachtung 1. Ursachen der Erkrankung waren: Heredität 44, Fieber 10, Kopftrauma 30, Alcoholmissbrauch 208. Krankheitsdauer vor Eintritt bis 6 Monate bei 107, bis 2 Jahre bei 17, mehr bei 173, unbekannt bei 26. Anstaltsdauer bis zu 1 Monat bei 108, bis 6 Mon. bei 158, bis 12 Mon. bei 47, bis 2 Jahre bei 10. Es starben mit Paralyse 82 (60 M., 22 Fr.), mit Alcoholismus 9. Einige Fälle von Gesichtsrose. Isolirungen bei den Männern mil 129 Kranken an 4108 Tagen, bei den Frauen mit 101 Kranken an 4001 Tagen, bei der Klinik mit 132 Kranken an 3956 Tagen. Ausgänge hatten 387

mit und 17 ohne Begleitung. Bei 16 Kranken die Zwangsjacke, bei 14 die Schutzhandschuhe aus chirurgischen Gründen. Besuche bei den Kranken von 52 369 Personen. Der Unterstützungsverein vertheilte an geheilt Entlassene 6053 fl. Gerichtliche Commissionen an 93 Tagen, bei denen 123 Kranke für wieder dispositionsfähig erkannt wurden. Vom Pflegepersonale gingen ab 112. Der ärztliche Leseverein mit Bibliothek, gegründet 1872, wird auf die Fachliteratur begrenzt. Die Pension der Frau Dir. Dr. *Gauster* wird von 800 fl. auf 1000 erhöht.

Langenlois. Bestand 180 (89 M., 91 Fr.), aufgenommen 49 (36 M., 13 Fr.), entlassen geheilt 1 Fr., in andere Anstalten 15 (11 M., 4 Fr.), sonstig 1 Fr., gestorben 8 (4 M., 4 Fr.), blieben 204 (110 M., 94 Fr.), Durch Bettruhe ist die Benutzung der Jacke unnöthig geworden. Um Selbstmord zu verhüten, sind bei den Männern die Hosenträger abgeschafft und durch Schnallen ersetzt worden, bei den Frauen die Rockbänder durch Hefteln ersetzt. Sämmtliche Aborte werden versperrt gehalten, sämmtliche Zellen mit 2—3 Betten belegt.

Das Brot wird statt nach Portionen, nach Bedürfniss vertheilt; es wurden dadurch 15—20 Brotlaibe erspart. Es wird über den Mangel guten Wartpersonals geklagt. Dr. *Bogdan* erhält die ärztl. Leitung. Fast ein Specificum bei Epilepsie ist Adonis vernalis 2,—3,75 auf 180,0 Colatur mit 7,5—11,25 Brom, täglich 4—8 Esslöffel. Dies auch als Beruhigungsmittel, 3—6 Esslöffel pro die, namentlich vor dem Schlafengehen. Darmirrigation zur Beseitigung der Unreinlichkeit, auch als Prophylacticum gegen Darm- und Leberkrankheiten. Zur Beruhigung an Festtagen regelmässig stattfindende gruppenweise Ausgänge. Bestand am 30. Juni 1895 179 (88 M., 91 Fr.), am 30. Juni 1896 219 (117 M., 102 Fr.)

Ybbs. Bestand am 1. Januar 1895 495 (240 M., 255 Fr.), Aufnahme 104 (59 M., 45 Fr.), Abgang geheilt 36 (23 M., 13 Fr.), in andere Anstalt 6 (4 M., 2 Fr.), sonstiger 42 (23 M., 19 Fr.), gestorben 52 (20 M., 32 Fr.), blieben 463 (229 M., 234 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an paral. progr. 10 (8 M., 2 Fr.), an Alcoholismus 17, mit Heredität 53. Von den Geheilten litten an Alcoholismus 18, an Heredität 17; Krankheitsdauer vor dem Eintritt bis 6 Monate bei 19, bis 2 Jahre bei 4, mehr bei 13; Verpflegungsdauer bis 6 Monate bei 30, bis 12 Mon. bei 1, bis 2 Jahre bei 2, bis 3 Jahre bei 2, bis 5 Jahre bei 1. Aus der Untersuchungshaft kamen 8, aus der Strafhaft 1. 3 Fälle von erys. faciei. Isolirt 50 M. und 64 Fr., oft nur auf eine Viertelstunde. Schutzjacke in 3 Fällen. 40 Entlassene wurden mit 597 fl. unterstützt. 49% waren beschäftigt. Unterrichtungscurse des Pflegepersonals. Errichtung von Beobachtungsstationen.

Klosterneuburg. Bestand 503 (322 M., 181 Fr.), Aufnahme 156 (114 M., 42 Fr.), entlassen geheilt 16 (14 M., 2 Fr.), in andere Anstalten 46 (37 M., 9 Fr.), sonstig 23 (13 M., 10 Fr.), gestorben 58 (43 M., 15 Fr.),

blieben 516 (329 M., 187 Fr.). Von den Neuaufgenommenen waren mit Paralyse 41 (37 M., 4 Fr.), mit Epilepsie 13, mit Alcoholismus 5. Durch Alcoholmissbrauch waren erkrankt 3,27 %, erblich belastet 15, Fieber 10, Syphilis 13, Kopftrauma 8, Abus. spirit. 23. Kurs des Pflegepersonals, Prüfung und auf Verlangen Zeugnisse; sehr empfohlen. Laboratorium errichtet, ebenso ein Epidemiegebäude.

Kierling-Gugging unter Dir. Primararzt Dr. J. *Krayatsch* Bestand 360 (195 M., 165 Fr.), aufgenommen 93 (37 M., 56 Fr.), Abgang: geheilt 10 (8 M., 2 Fr.), gegen Revers 6 (4 M., 2 Fr.), in Siechenanstalt 6 (4 M., 2 Fr.), entwichen 6 (5 M., 1 Fr.), in andere Anstalt 6 (2 M., 4 Fr.), in Krankenanstalt 1 M; gestorben 17 (4 M., 13 Fr.), blieben 401 (204 M., 197 Fr.). Mit paral. prog. Bestand 10 (7 M., 3 Fr.), kamen hinzu 9 (5 M., 4 Fr.), starben 4 (3 M., 1 Fr.), blieben 15 (9 M., 6 Fr.). Mit Alcoholismus Bestand 18, hinzugetreten 10, entlassen geheilt 7, gegen Revers 1, in Siechenanstalt 1, blieben 19. Mehrere Erysipele. Abgang des Pflegepersonals 98 %. Beiträge zur Nothwendigkeit des Studiums der Psychiatrie. Die Entweichungen erfolgten der Mehrzahl nach von der Beschäftigung im Freien.

In der Abtheilung für Geisteskranke im städtischen öffentlichen Krankenhause zu Mögling blieb Bestand von 54 Pfleglingen.

In der Idiotenanstalt zu Bruck an der Mur blieben 58 Zöglinge. Asyl des Vereins „Stephanie-Stiftung" zu Biedermannsdorf. In ihm waren 5 Landespfleglinge.

Bericht der mährischen Provinzial-Irrenanstalt in Brünn pro 1895. (Direktor Dr. A. Hellwig.)

Bestand 553 (285 M., 268 Fr.), aufgenommen 372 (188 M., 184 Fr.), entlassen geheilt 52 (21 M., 31 Fr.), gebessert 36 (20 M., 16 Fr.), gegen Revers 35 (20 M., 15 Fr.), ungeheilt 9 (3 M., 6 Fr.), in andere Anstalten 44 (22 M., 22 Fr.), entwichen 11 (6 M., 5 Fr.), gestorben 117 (69 M., 48 Fr.), blieben 621 (313 M., 308 Fr.). Belagsfähigkeit der Anstalt 445. Bei den Gestorbenen war 30 Mal paral. progr., tuberculosis 36 Mal Ursache. Mit paral. progr. Bestand 48 (36 M., 12 Fr.), aufgenommen 76 (56 M., 20 Fr.), entlassen in andere Anstalt 4 M., sonstig 13 (11 M., 2 Fr.), gestorben 49 (38 M., 11 Fr.), blieben 63 (43 M., 20 Fr.). Ausgaben 140066 fl., pro Tag und Kopf 66,27 Kr.

Bericht der oberösterreichischen Landes-Irrenanstalt zu Niedernhart pro 1896. 250 fol. (Primararzt Dr. F. Schnopfhagen.)

500 Betten. Ausgaben 142803 fl., pro Kopf und Tag 80 Kr. Bestand 458 (214 M, 344 Fr.), aufgenommen 227 (101 M., 126 Fr.). Ab-

gang: geheilt 41 (10 M., 31 Fr.), in andere Anstalten 19 (12 M., 7 Fr.), sonstige 65 (25 M., 40 Fr.), gestorben 59 (34 M., 25 Fr.), verblieben 501 (234 M., 267 Fr.). Darunter mit Paralyse: Bestand 37 (24 M., 13 Fr.), Aufnahme 40 (28 M., 12 Fr.), Abgang in andere Anstalt 4 M., sonstiger 4 (2 M., 2 Fr.), gestorben 30 (20 M., 10 Fr.), blieben 39 (26 M., 13 Fr.). An Hysterie blieben 7 Fr., und an Alkoholismus 7 M. Bei den Aufgenommenen war Ursache Heredität 58 Mal, Syphilis 3 Mal, Kopf-Trauma 8 Mal, ab. spir. 19 Mal. Bei den Geheilten Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 6 Monate bei 39, bis 1 Jahr bei 2, Anstaltsdauer bis 6 Monate bei 28, bis 12 Monate bei 11, bis 2 Jahr bei 1. Aus Straf- oder Untersuchungshaft kamen 18 mit Geistesstörung. Es starben an paral. progr. 17 (13 M., 4 Fr.), an phthisis pulm. 5.

Niedernhart und Oschwendt, die Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke im Erzherzogthum Oesterreich ob der Enns. Vom Primararzt Dr. F. Schnopfhagen. Linz 1897. 176 S. fol.

Mit Anstaltsplänen und vielen Physiognomien von Kranken. Geschichte der Anstalt. Einweihung am 22. September 1867. Aerztlicher Leiter wurde Dr. *Knörlein* und der Verwalter ihm coordinirt, was leider bis heute noch nicht geändert ist. Zur Aufnahme eines Kranken ist das Zeugniss eines Gerichtsarztes erforderlich, doch bei Gefahr im Verzuge eine provisorische Aufnahme zulässig. Leider ist eine Beobachtungsabtheilung noch nicht vorhanden, worin die Kranken wie in anderen Krankenanstalten aufgenommen werden können. Pensionsfähigkeit des Wartpersonals. Ein Gut von 10 Joch und 164 □ Klaftern ward 1880 angekauft. Auf Vorschlag des Dr. *Schnopfhagen* wird 1881 die Bewirthschaftung in eigener Regie angenommen. Die Ueberfüllung drängte 1888 zum Bau eines Frauentobhauses. 1894 wurde das Schloss Oschwendt als Bewahranstalt eröffnet. 1885 Verpflegung in eigener Regie. Die Einführung der elektrischen Beleuchtung wird 1897 derzeit noch abgelehnt. Illustrationen der verschiedenen Krankheitsformen mit Krankengeschichte. Beschreibung bemerkenswerther anatomischer Präparate. 1896 wurden 685 Kranke verpflegt.

Bericht der Landesheil- und Pflegeanstalt Feldhof bei Graz nebst den Filialen Lankowitz, Kainbach und Hartberg pro 1896. (Direktor Dr. H. Sterz.) Zugleich Bericht der Landes-Irren-Siechenanstalt Schwanberg (Dr. Bachberger).

Feldhof 402 Betten, mit 288 159 fl. Ausgaben, pro Kopf und Tag 88,70 Kr., Lankowitz 125 Betten, 19 384 fl. Ausgabe, 142,51 Kr. pro Kopf und Tag, Kainbach mit 108 Betten, 16 981 fl. Ausgaben, 42,03 Kr. pro Kopf und Tag, Hartberg mit 35 Betten, 4996 fl. Ausgaben, 42 Kr. pro Tag und Kopf.

Bestand 965 (483 M., 482 Fr.), aufgenommen 538 (296 M., 242 Fr.), aus anderen Irrenanstalten 7 (6 M., 1 Fr.). Abgang geheilt 109 (38 M., 71 Fr.), in andere Anstalt 32 (19 M., 13 Fr.), sonstigen 207 (106 M., 101 Fr.), gestorben 161 (99 M., 62 Fr.), verblieben 1001 (523 M., 478 Fr.), Bei Paralyse Bestand 87 (64 M., 23 Fr.), Abgang in andere Anstalt 3 (2 M., 1 Fr.), sonstiger 14 (6 M., 8 Fr.), gestorben 35 (18 M., 17 Fr.), blieben 98 (73 M., 25 Fr.). Die Zahl der Aufnahme ist um 67 gestiegen. Zahl der Entwichenen 18; von einer Frau fehlt bis jetzt jede Nachricht. 1 Kranke mit schwerer Verwirrtheit seit 4 Monaten genas nach Typhus. An Erysipel erkrankten 11. Todesursache 34 Mal tuberc. pulm., Suicid durch Stich 1 Mal, Erstickung im paral. Anfall 1 Mal, Ertrunken durch Verunglückung 1 Mal. Besucher 7374, Besuchte 3693. Hinzugefügt ein Aufsatz vom Verwalter Armin Arbeiter, Die Champignon-Cultur als Nebennutzung der Küchen-Regie.

Schwanberg. Zahl der Betten 186, Verpflegung 3. Classe pro Tag und Kopf 45 Kr. Bestand 179 (91 M., 88 Fr.), aufgenommen 22 (12 M., 10 Fr.), entlassen in andere Anstalt 1 Fr., sonstige 2 M., gestorben 14 (11 M., 3 Fr.), blieben 184 (90 M., 94 Fr.). Mit Paralyse Bestand 6 (3 M., 3 Fr.), aufgenommen 2 (1 M., 1 Fr.), gestorben 2 M., blieben 6 (2 M., 4 Fr.), gestorben an Lungentuberkulose 6.

Bericht der Irrenanstalt zu Prag pro 1895. 24 S. fol.

Belegraum 800. Verpflegungstage 456,037. Ausgaben 366,481 G., pro Tag und Kopf 80,36 Kr. Bestand 1230 (679 M., 551 Fr.), darunter mit paral. progr. 118 (92 M., 26 Fr.), mit Alkoholismus 43. Aufgenommen 1304 (773 M., 531 Fr.), darunter mit Paralyse 235 (188 M., 47 Fr.), mit Alkoholismus 111 (103 M., 8 Fr.). Entlassen geheilt 183 (104 M., 79 Fr.), darunter mit Alkoholismus 47, in eine andere Anstalt 207 (134 M., 73 Fr.), sonstig 561 (328 M., 233 Fr.), gestorben 401 (249 M., 152 Fr.), verblieben 1182 (637 M., 545 Fr.). Ursache bei den Aufgenommenen 209 Mal Heredität, 34 Mal Syphilis, 32 Mal Kopftrauma, 164 Mal spirituosa. Von den Geheilten Heredität 33 Mal, Alkoholismus 52 Mal. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 158 bis 6 Monate, bei 6 bis 1 Jahr, bei 6 bis 2 Jahre, bei 9 mehr als 2 Jahre, bei 4 Dauer unbekannt; Verpflegungsdauer in der Anstalt: bis 6 Monate bei 161, bis 1 Jahr bei 18, bis 2 Jahr bei 3, bis 5 Jahr bei 1.

Epstein, Das Irrenwesen in Ungarn. Pester med. chir. Presse. No. 51. 52.

In Siebenbürgen wurde 1857 eine Irrenanstalt im Klausenburger Karolinenhospital für circa 30 Kranke geschaffen, 1863 die Nagy-Szebener Landesirrenanstalt eröffnet, im eigentlichen Ungarn 1868 in Leopoldfeld bei Pest die erste öffentliche Anstalt erbaut, während schon 1852 dort die Schwartzer'sche Privatheilanstalt entstanden war. 1882 Errichtung einer Lehrkanzel. 1876 nahm sich auch die Gesetzgebung der Kranken an. Die Ueberfüllung drängte 1884 zu der für 244 Kranke eingerichteten Landespflegeanstalt zu Engelsfeld in Budapest, die bald auch Heilanstalt wurde. Neue Ueberfüllung, auch dieser. Nun wurde das alte Comitatshaus zu Nagy-Kallo 1896 acquirirt und 1897 auf 300 Kranke erweitert. Einzelne Comitate erhielten Irrenabtheilungen, so Pressburg, die jetzt mit allen Anforderungen der Neuzeit eingerichtet wird. Zur Zeit sind 4 staatliche Anstalten vorhanden mit 5057 Kranke. Beköstigung in eigener Regie. Die Zählung vor 2 Jahren ergab in Ungarn 25,071 geistig defecte Individuen, muthmasslich sind deren 40,000.

Ae Budapest-Lipótmezöi Me. Kir. Országos Tébolyda Jelentése az 1896 Évröl. (Jahres-Bericht der k. und Landes-Irren-Anstalt Budapest Leopoldifeld vom Jahre 1896). (Dir. Dr. *Wiedemann.*)

Bestand Anfang 1896: 845 (444 M. 401 Fr.), Zuwachs im Jahre 1896: 603 (372 M. 231 Fr.); Gesammtzahl der Kranken im Jahre 1896: 1448 (816 M. 632 Fr.). Abgang: geheilt 105 (55 M. 50 Fr.) = 7,34 %, gebessert: 55 (29 M. 26 Fr.) = 3,83 %, ungeheilt: 269 (215 M. 54 Fr.) = 17.38 %, gestorben: 178 (114 M. 64 Fr.) = 12,04 %; der Gesammt-Abgang im Jahre 1896 betrug demnach: 607 (413 M. 194 Fr.) = 40,65 %, und verblieben Ende 1896 in Behandlung: 841 (403 M. 438 Fr.) Der höchste Tages-Krankenstand war 922, welche Ziffer seit dem Bestehen der Anstalt noch nie erreicht wurde. Die grosse Zahl der ungeheilt in Abgang gebrachten Kranken war die Folge des wiederholten Massen-Transportes von Kranken (insgesammt 227) in andere, meist neu errichtete, Institute. Mit Paralyse standen in Behandlung: 270 (232 M. 38 Fr.) und zwar: Bestand Anfang 1896: 103 (88 M. 15 Fr.), Zuwachs im Jahre 1896 167 (144 M. 23 Fr.); Abgang: gebessert: 14 (12 M. 2 Fr.), ungeheilt: 25 (22 M. 3 Fr.), gestorben 107 (93 M. 14 Fr.) = 60,11 % der gesammten Aufnahmen. Im Laufe des Jahres 1896 starben 12,29 % der Gesammtzahl der Kranken. Unter den 1178 Nichtparalytikern starben 71 (6 %); an Lungentuberculose 16 = 8,98 % der Gesammtzahl der Todesfälle, welche Zahl, im Vergleiche mit dem besten Erfolge der

vergangenen Jahre (1894 starben unter 1173 Kranken 17 (= 12,68 %) an Lungentuberculose), eine Besserung von nahezu 4 % zeigt. Seit 1893 — dem Jahre der Einführung der häuslichen Verpflegung der Kranken — ist eine fortschreitende Besserung der hygienischen Verhältnisse in auffallendem Masse bemerkbar, und participirt an diesem erfreulichen Erfolge auch der Austausch des früheren Weichholz-Fussbodens durch solchen aus Hartholz, welches mit einem Kostenaufwande von 60000 Gulden ö. W. bewerkstelligt wurde. Im Jahre 1896 wurden zwei neue, moderne Badehäuser (Kosten 60000 Gulden), eine Bäckerei und in Verbindung mit dieser eine Mehlspeisen-Fabrik erbaut. Abgesehen von sporadisch aufgetretenen Fällen der Erkrankung einiger Patienten an Erysipel, trat keine epidemische Krankheit unter den Kranken auf. Auf dem Gebiete der Krankenpflege ist seit der zweiten Hälfte des Jahres 1896 eine bedeutungsvolle Neuerung eingeführt worden: die Bettbehandlung; selbe liefert in jeder Hinsicht zufriedenstellende Resultate. Schwerere Verletzung erlitt ein männlicher Kranker; 2 entsprangen; Selbstmord: 1 (Mann), Selbstmordversuch: 1 (Frau). Die Gesammt-Ausgabe der Anstalt betrug 267813,10 Gulden ö. W.; hiervon wurden gedeckt durch eingelaufene Verpflegungsgebühren und sonstige Einnahmen der Anstalt 140923,14 Gulden ö. W. Ein Verpflegstag kostet das Staatsärar: 85,82 Kreuzer brutto, 40,81 Kreuzer ö. W. netto.

Bericht der Zürcherischen Kantonalen Irrenheilanstalt Burghölzli pro 1896. 26 S. 8⁰. (Dir. Dr. *Forel.*)

Bestand 364 (178 M. 186 Fr.), Aufnahme 253 (148 M. 105 Fr.), Abgang: genesen 80 (52 M. 28 Fr.), gebessert 52 (33 M. 19 Fr.), ungebessert: auf freien Fuss 46 (26 M. 20 Fr.), in fremde Familien 6 (3 M 3 Fr.), in eine Anstalt 33 (17 M. 16 Fr.), gestorben 20 (9 M. 11 Fr.), anderweitig 1 M., blieben 379 (185 M. 194 Fr.). Behandlungsdauer der Genesenen bis 6 Monate bei 30, bis 15 Monate bei 3, bis 2 Jahre bei 3, bis 5 Jahre bei 2. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 1 Monat bei 38, bis 3 Monate bei 12, bis 6 Monate bei 3, bis 12 Monate bei 4, bis 2 Jahre bei 1, bis 3 Jahre bei 13, über 5 Jahre bei 9. Ursache der Erkrankung bei den Aufgenommenen Gefangenschaft in 3 Fällen, Schädeltrauma in 9 Fällen, lues in 13 Fällen, Alcohol in 58 Fällen, Morphium in 5 Fällen. Todesursache in 4 Fällen Typhus, in 3 Fällen allgemeine Tuberculose, bei 4 M. Paralyse. 24 Entweichungen. Freier Ausgang bei 50, innerhalb des Parkes 65, innerhalb der Hufe 60. Mechanische Beschränkung bei 15. Auf der Frauenseite 15 Typhusfälle, wobei 3 von der Psychose geheilt oder fast geheilt wurden. 5 Mal Dysenterie. Recepte für 2305 Frcs. Beschäftigt 85 M. pro Tag,

103 Fr. Von 60 Wartpersonal traten 36 aus. Ausgaben 386 708 Fr., pro Tag und Kopf 2,34 Fr.

Bericht der Pflegeanstalt Rheinau pro 1896. 36 S. 8°
(Dir. Dr. *Bleuler.*)

Bestand 682 (312 M. 370 Fr.), aufgenommen 86 (44 M. 42 Fr.). entlassen 22 (15 M. 7 Fr.), gestorben 45 (30 M. 15 Fr.). Unter den Aufnahmen 10 (6 M. 4 Fr.) mit dem. par. Entlassen geheilt 1 M., gebessert 6 (3 M. 3 Fr.), ungebessert 14 (10 M. 4 Fr.), geistig gesund 1 M. Es erkrankten in der Anstalt an tuberc. pulmonum 8. Ueberfüllung. Wärterinnennoth. Von 6 Unruhigen, welche nach längerem Aufenthalte in Rheinau in andere Anstalten überführt wurden, haben sich 5 wesentlich gebessert. Urlaubstage 1891. Freier Ausgang bei 140 M. und 84 Fr. Von den Männern arbeiteten 58 %, von den Frauen 75 %. Beständig unreinlich 16 M., 14 Fr. Entwichen 11 M. und 8 Fr. Ausgaben 118 240 Fr.

48. Rapp. de la maison de santé de Prefargier pro 1896.
27 pp. 8°. (Dir. Dr. *R. Godet.*)

Bestand 128 (62 M. 66 Fr.), aufgenommen 57 (32 M. 25 Fr.). Abgang: geheilt und sehr gebessert 24 (11 M. 13 Fr.), gebessert 11 (6 M. 5 Fr.), ungebessert 11 (4 M. 7 Fr.), gestorben 9 (4 M. 5 Fr.), blieben 130 (69 Männer 61 Fr.). Mit Paralyse waren eingetreten 12 (9 M. 3 Fr.), wieder geheilt oder wesentlich gebessert 1 M., gingen unverändert ab 1 M. und 2 Fr., starben 1 M., 1 Frau und blieben 6 (3 M. 3 Fr.). Vor der Aufnahme war die Krankheitsdauer bis 6 Monate bei 37, bis 1 Jahr bei 7, bis 5 Jahr bei 10, darüber bei 3 der Aufgenommenen. Kosten 191 212 Fr., pro Person und Tag 3,49 Fr. Nach 14jähriger Direction ging Dr. *Burckhardt* ab, und Dr. *Godet* trat an seine Stelle. Aus Platzmangel oder wegen Unheilbarkeit mussten 25 Aufnahmegesuche abgelehnt werden. Ein zugeführter junger Mann mit heftigem halluc. Delirium und Verstümmelungssucht zeigte akute nephritis. Die anormalen Elemente des Urins verschwanden in einigen Tagen, die Agitation ging in stupor über, der sich nach und nach minderte, und der Kranke konnte nach 4 Monaten geheilt entlassen werden. Es bestehen 2 Wachabtheilungen für jedes Geschlecht, für die ruhigen und für die unruhigen Kranken. Bei mehr als 50 % der Aufgenommenen bestand Heredität, in 5 Fällen war Alcohol die Ursache. Ein Säufer bot alle Erscheinungen der dem. par. dar, nach 14 Tagen der Abstinenz konnte er zu seiner Familie zurückkehren; in mehreren Fällen war vorher Syphilis vorhanden.

Bericht der Irrenanstalten Waldau und Münsingen pro 1896. Waldau, Dir. Dr. *v. Speyr.*

Bestand 408 (208 M. 200 Fr.), Aufnahme 149 (69 M. 80 Fr.), entlassen nicht-irre 2 M., genesen 13 (8 M. 5 Fr.), gebessert 54 (26 M. 28 Fr), ungebessert 31 (15 M. 16 Fr.), gestorben 17 (10 M. 7 Fr.), blieben 440 (216 M. 224 Fr.). Platznoth. Mit progressiver Paralyse aufgenommen 15 (6 M. 9 Fr.), mit Alcoholismus 15. Zur gerichtlichen Begutachtung kamen 6, wovon 5 krank. Von den Genesenen waren erblich belastet 92 %. 17 Entweichungen, theilweise durch leicht herzustellende Nachschlüssel. Inzwischen ist eine Aenderung der Schlösser bewilligt. Ersatz des abgehenden Pflegepersonals schwer. Ausgabe 322182 Frcs., pro Jahr und Kopf 728 Frcs.

Münsingen, Dir. Dr. *Glaser.*

Bestand 427 (194 M. 233 Fr.), Aufnahmen 268 (130 M. 138 Fr.). Entlassen nicht-irre 3 M. und 1 Fr., genesen 25 (5 M. 20 Fr.), gebessert 109 (60 M. 49 Fr.), ungebessert 48 (19 M. 29 Fr.), gestorben 28 (18 M. 10 Fr.), blieben 481 (219 M. 262 Fr.). Es musste 13 unruhigen Frauen die Aufnahme versagt werden. Unter den Aufgenommenen 11 M. mit Paralyse, 24 mit Alcoholismus; Heredität bei 62 %. Die Krankheitsdauer bei den Genesenen in und ausser der Anstalt betrug 3 Wochen bis 15 Monate. Ein freiwillig gekommener Kranker, der auf freie Spaziergänge hielt, verschwand eines Abends, ohne dass bis jetzt eine Spur von ihm ermittelt worden ist. Ein Morphinist, der sich auch freien Ausgang ausbedungen hatte, vergiftete sich mit Morphium, das er beim Eintritt bei sich verborgen hatte. 24 Entweichungen. Wassermangel. Ausgaben 441163 Fr., pro Jahr und Kopf 880 Frcs.

5. Bericht der Cantonalen Irren- und Krankenanstalt Waldhaus, Thur. 41 S. 4⁰. pr. 1896. (*Dir. Dr. Jörger.*)

Bestand 201 (100 M. 101 Fr.), aufgenommen 135 (61 M. 74 Fr.), entlassen genesen 21 (8 M. 13 Fr.), gebessert 41 (18 M. 23 Fr.), ungebessert 35 (18 M. 17 Fr.), gestorben 22 (9 M. 13 Fr.), anderweitig 4 (2 M. 2 Fr.), blieben 213 (106 M. 107 Fr.). Unter den Genesenen waren 12 erblich, 6 nicht erblich belastet, bei 19 war die Aufenthaltsdauer bis 6 Monate, bei 2 bis 2 Jahr. Ursache war bei 3 Syphilis, bei 2 Epilepsie, bei 4 Hysterie, bei 1 Influenza, bei 12 Alcohol, bei 2 Trauma. Todesursache bei 5 Lungentuberculose, bei 1 Mann Suicid.

5. Bericht des Kantonalen Asyles in Wil, St. Gallen, p. 1896. (*Dir. Dr. Schiller.*)

Bestand 382 (192 M. 190 Fr.), Aufnahmen 84 (46 M. 38 Fr.), entlassen geheilt 1 M., gebessert 7 (5 M. 2 Fr.) ungebessert 12 (5 M. 7 Fr.), gestorben 56 (29 M. 27 Fr.), blieben 390 (198 M. 192 Fr.). Von den Aufgenommenen waren 56 hereditär belastet. Es starben an Tuberkulose 4 Fr., an Suicid 2. Ausgaben 224023 Fr,. „Die Ueberfüllung ist noch schrecklicher geworden.“ Die Geisteskranken mussten ½ Jahr nach ihrer Anmeldung auf die Aufnahme warten, 64 Gesuche lagen am Ende des Jahres noch unerledigt. Am schwersten litt die Abtheilung für Unruhige. Excesse im Alcohol waren bei 8 Männern und 2 Frauen die Ursache. Künstliche Ernährung bei einer Blödsinnigen durch 4 Monate, prolongirte Bäder häufig. Hauptgewicht die Beschäftigung.

39. Bericht der Heil- und Pflegeanstalt St. Pirminsberg pro 1896. 21 S. 8⁰. (*Dir. Dr. Laufer*).

Bestand 249 (122 M. 127 Fr.), Aufnahmen 43 (28 M. 15 Fr.), Abgang: genesen 15 (8 M. 7 Fr.), gebessert 19 (12 M. 7 Fr.), ungebessert 13 (10 M. 3 Fr.), gestorben 4 (3 M. 1 Fr.), blieben 241 (117 M. 124 Fr). Darunter erworbene Störungen auf alcoholischer Grundlage: Bestand 18, Aufnahme 4, Abgang genesen 2, gebessert 3, ungebessert 1, blieben 16. Bei den Aufnahmen bestand die Krankheit bis 6 Monate bei 18, bis 2 Jahre bei 4, bis 5 Jahre bei 2, darüber bei 2, unbekannt bei 3. Darunter erblich bei 24. Bei den Genesenen war die Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 6 Monat bei 13, bis 12 Monat bei 1, bis 2 Jahr bei 1, die Behandlungsdauer bis 6 Monat bei 6, bis 12 Monat bei 5, bis 2 Jahr bei 1. Ausgaben 172067, pro Kopf und Tag 1,94 Fr. Wegen Ueberfüllung konnten von 147 Aufnahmegesuchen nur 56 erfüllt werden. 69 Aufnahmeanträge für durchwegs unruhige Kranke mussten auf später vertröstet werden, denn auf den unruhigen Abtheilungen findet kein Wechsel mehr statt. 3 Typhuskranke. Prolongirte Bäder waren bei Aufregung nützlich, 4 Entweichungen ohne üble Folgen. Die Sommerkolonie auf St. Margarethenberg wurde am 28. Mai mit 11 Kranken und 1 Wärter bezogen, Rückkehr am 28. Oktober.

Bericht der Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden, Aargau. pro 1896. 32 S. gr. 8⁰. (*Dir. Dr. A. Weibel*).

Bestand 598 (257 M. 341 Fr.), aufgenommen 225 (131 M. 94 Fr.), entlassen geheilt 44 (22 M. 22 Fr.), gebessert 87 (52 M. 35 Fr.), unverändert 32 (22 M. 10 Fr.), gestorben 61 (39 M. 22 Fr.), blieben 596 (250 M. 346 Fr.). Darunter Bestand an Intoxikations-Psychosen 23, aufgenommen 38, entlassen geheilt 13, gebessert 14, gestorben 3, blieben 31. Es starben an Krankheiten der Athmungsorgane 28, des Herzens

und der Gefässe 12, an Suicid 1. Nahrungsverweigerung bei 598 (137 M. 461 Fr.), künstliche Ernährung bei 271 (57 M. 214 Fr.), Isolirungen 3380 (1406 M. 1974 Fr.), bei Nacht 6214 (3343 M. 2872 Fr.) Es arbeiteten 35 % M. und 24 % Fr.

Ende Dezember 1896 war Bestand der Geisteskranken 596, der Körperkranken 38. Von diesen 634 Kranken waren 500 in der neuen Irrenanstalt und 134 (96 Irre und 38 Körperkranke) im alten Spital. Ueberfüllung. Es konnten nicht alle Aufnahmegesuche erfüllt werden. Im Februar konnten zwei Zellenneubauten bezogen werden, darin 8 Zellen, 1 grosser Schlafsaal, Warte-Waschzimmer und 2 Aborte. Abschaffung des Bierconsums und Reduction der Weinrationen, dafür Limonade. Ausgaben 345485 Fr. Bei den Männern bilden die Alcoholiker einen grossen Procentsatz der Aufnahme. Die Zahl der unverträglichen, widersetzlichen Frauen ist grösser als die der Männer. Die Noth zwingt oft zu chemischen Beruhigungsmitteln. 3 zu Beobachtende waren nicht krank. Nur bei 18 % der Genesenen hatte die Krankheit länger als ein Jahr gedauert, und zwar nur bei Trinkern. 145 Kranke waren erblich belastet, bei 80 dies nicht nachzuweisen.

Bericht der Heil- und Pflegeanstalt Rosegg pro 1896. 17 S. 8. (*Dir. Dr. Greppin*).

Bestand 265 (149 M. 116 Fr), aufgenommen 65 (38 M. 27 Fr.), entlassen 37 (25 M. 12 Fr.). gestorben 29 (12 M. 17 Fr.), blieben 264 (150 M. 114 Fr.). Unter den Aufgenommenen 4 Paralytische (3 M. 1 Fr.), 13 Alcoholische, nicht irre 1, mit hereditärer Anlage 32. Bei den Geheilten Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 6 Monat bei 9, bis 12 Monat bei 2, Behandlungsdauer bis 6 Monat bei 8, bis 12 Monat bei 2, bis 2 Jahr bei 1. Beschäftigung bei den Männern 36 %, bei den Frauen 55 %. Von 6 zur Beobachtung Aufgenommenen waren 5 geisteskrank. Ausgaben 190932 Fr. Electrische Beleuchtung mit 315 Glühlichtern 24 Wartpersonal traten freiwillig aus, 19 wurden entlassen. 3 mal Sondenernährung.

Finci, Jac. I pazzi nel manicomio di Ferrara dal 1871 al 1896. *Studie Statistico.* 1897. 28 pp. fol.

Aufgenommen von 1872--1896 4655, entlassen 2899, gestorben 1641, Bestand Ende 1896 333 Kranke. Ursache der Erkrankung 149 mal Missbrauch des Tabaks. An Alcoholismus litten 138, an Pellagra 748, an Dem. paralytica 202, an Hysterie 291, an Epilepsie 174.

Med.-stat. Bericht über die Irrenanstalt Rothenberg in den Jahren 1888—1896. Von Dr. *Redlich.* In: Fest-

schrift zum 75jährigen Jubiläum der Ges. praktischer Aerzte zu Riga. Riga 1897 p. 41—66.

1888 Vergrösserung des Terrains um 5430 □ Faden, in Summa jetzt 14075 □ Faden. Eröffnung der Zwischenstation für 12 durch die Polizei zugewiesene Kranke. 1889 Eröffnung der neuen Krankenpavillons für je 50 M. und des Haupt-Verwaltungsgebäudes. 1890 Wasserleitung. 1894 Erweiterung durch 400 Quadratfaden. Von 1888—1896 aufgenommen 2013 (1228 M., 785 Fr.), Bestand Januar 1888 254 (140 M., 114 Fr.), entlassen 1926 (1178 M., 748 Fr.), blieben Januar 1897 341 (190 M., 151 Fr.). In Familienpflege sind 1897 82 Kranke. Von 1888—96 sind mit Paralyse aufgenommen 381 (328 M.. 53 Fr.), der Procentsatz der Frauen ist grösser geworden. Die Zahl der Alcoholisten betrug 148. Von 833 war die Erblichkeit bei 486 = 58 % nachweisbar, bei Paralyse 77 mal, bei Frauen häufiger. Von 148 väterlicherseits direct erblich Belasteten waren 50 durch Alcoholismus des Vaters belastet. Für Heilung der Alcoholisten können nur besondere Trinkerheilstätten dienen. Die Paralyse veranlasste 209 Todesfälle = 53,45 %. 6 Suicide, nicht in den letzten 3 Jahren; eine sehr unruhige Kranke hatte sich 1893 unbemerkt beide bulbi mit den Fingern zerstört.

Macdonald, Carlos F., State care and state maintenance for the dependant insane in the state of New-York. — Alien. and Neurologist. July 1896.

Der Staat New-York hat für Geisteskranke in Gebäuden etc. festgelegt 23000000 Dollars und giebt für Erhaltung, Erneuerung, Kost etc. 4500000 Dollars jährlich aus. Am 1. Oktober 1895 wurden auf öffentliche Kosten 19369 Geisteskranke verpflegt und 115 Beamte und 3300 Angestellte besoldet. Verfasser tritt warm für die Staatsanstalten ein im Gegensatz zu den Bezirksanstalten. 11 Staatsanstalten bestehen im Staat New-York, abgesehen von der für irre Verbrecher; die kleinste enthält 500, die grösste 2500 Kranke. Das Irrengesetz (insanity law) vom Mai 1896 regelt das ganze Irrenwesen des Staates; die Pflichten und Rechte der commission in lunacy, des board of managers, des Directors, der vom board of manager gewählt wird, aber selbständig die Anstaltsbeamten ernennt, sowie der Anstaltsbeamten werden gleichmässig im Irrengesetz festgesetzt. Freilich steht diesem Gewinn der Nachtheil gegenüber, dass nur Richterspruch Jemand für geisteskrank erklären und ihn der Anstalt überliefern kann, und dass von diesem Richterspruch nachträglich an eine Jury appellirt werden kann. Verf. führt weiter die Eigenthümlichkeiten dieses Irrengesetzes an und beleuchtet die Verbesserungen, die durch die Centralisation des Irrenwesens in den letzten Jahren im Staate New-York bewirkt worden sind.

Rep. of the Manhattan State Hospital at New-York, for the year ending Sept. 30. 1896. 170 pp. 8. (General-Superintendent Dr. *A. E. Macdonald*, Med.-Super. Dr. *C. Dent*, Dr. *A. Klacy*, Dr. *A. Smith*).

28. Februar 1896 Eröffnung als Staatshospital. Ursprünglich waren die Geisteskranken des Staates New-York der Fürsorge der einzelnen Provinzen anheimgestellt. 1843 wurde das Staatshospital zu Utica für Heilbare aus den verschiedenen Provinzen eröffnet. 1890 wurden durch das „Lunacy Law“ alle Grafschaften unter die Aufsicht des Staates gestellt mit Ausnahme von Monroe, Kings und New-York. Monroe ging über 1891 und Kings 1895, und New-York blieb noch übrig. Durch „Act for the conversion of the New-York City Asylums for the insane into a State Hospital, and to establish the Manhattan State Hospital“ wurde der Uebergang eingeleitet und durch grosse Neubauten organisirt, Wärterschulen mit dem 1. October beginnend, errichtet. Bestand am 1. October 1895 6806 (3166 M., 3640 Fr.), aufgenommen bis Ende September 1896 1702 (832 M., 870 Fr.). Die Capacität betrug 5491. Entlassen geheilt 176 (105 M., 71 Fr.), nicht geheilt 703 (332 M., 371 Fr.), nichtirre 1 M., gestorben 793 (405 M., 388 Fr.), blieben 1. October 1896 6835 (3155 M., 3680 Fr.). Als Ursache der Erkrankung der seit 1. October 1888 Aufgenommenen wird angeführt 540 mal Epilepsie, 30 mal excessiver Gebrauch von Tabak, 805 mal Erblichkeit, 206 mal Kopfverletzung, 41 mal bei Frauen Rückgratsverletzung, 82 mal Insolation, 2218 mal Excesse im Trinken, 87 mal Grippe, 15 mal Morphium, 13 mal chir. Operation, 154 mal Syphilis, moralische Ursachen 3058 mal, unbekannt geblieben 3124 mal. Von 2139 mit acuter Manie Aufgenommenen genasen 470, starben 456, mit chronischer genasen von 418 Aufgenommenen 9 und starben 216. Von 4819 mit acuter Melancholie Aufgenommenen genasen 820, starben 748, mit chronischer genasen von 1025 15 und starben 351. Von 1229 mit par. gen. Aufgenommenen starben 885. Von 192 mit Epilepsie Aufgenommenen starben 108. Todesursache 218 mal Apoplexie, 270 mal morb. Brightii, 37 mal Carcinom, 26 mal Lebercirrhose, 3 mal Fractur der Schädelbasis, 448 mal Herzkrankheiten, 1217 mal phthisis, 295 mal acute Pneumonie. Mit Heredität seit 1888 aufgenommen 12605. Seit 1888 war bei 1459 Geheilten Aufenthaltsdauer bis 6 Mon. bei 426, bis 12 Mon. bei 403, bis 2 J. bei 150, bis 3 J. bei 40, bis 4 J. bei 16, bis 5 J. bei 3, bis 10 J. bei 12, bis 20 J. bei 5 und die Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 6 Mon. bei 820, bis 12 Mon. bei 52, bis 2 J. bei 30, bis 3 J. bei 24, bis 4 J. bei 7, bis 5 J. bei 3, bis 10 J. bei 12, unbekannt bei 497. Unter den Geheilten waren 120 bis 20 J. alt, zwischen 50 und 60 J. 75, zwischen 60 und 70 J. 37, zwischen 70 und 80 J. 1, zwischen 80 und 90 J. 1.

Rep. of the state Hospital for the Insane at Danville, Penns., from. Oct. 1894—1896. 72 pp 8°. (Super. Dr. *B. Meredith.*)

1894—5 Bestand 1003 (526 M. 477 Fr.), aufgenommen 305 (173 M. 132 Fr.), entlassen geheilt 44 (19 M. 25 Fr.), gebessert 31 (11 M. 20 Fr.), ungeheilt 159 (129 M. 30 Fr.), gestorben 60 (32 M. 28 Fr.), blieben 1014 (508 M. 506 Fr.).

1895—6 aufgenommen 185 (101 M. 84 Fr.), entl. geheilt 38 (18 M. 20 Fr.), geb. 21 (9 M. 12 Fr.), ungeb. 50 (33 M. 17 Fr.), nicht-irre 2 M., gest. 69 (37 M. 32 Fr.), blieben 1019 (510 M. 509 Fr.). Seit Eröffnung des Hospitals aufgenommen 4873 (2773 M. 2100 Fr.), entl. geheilt 804 (475 M. 329 Fr.), gebessert 737 (414 M. 323 Fr.), stationär 1300 (705 M. 595 Fr.), gest. 1006 (664 M. 342 Fr.), nicht-irre 7 (5 M. 2 Fr.). Seit Eröffnung war das Alter bei 163 unter 15 J., bei 286 von 15—20 J., bei 535 von 20—25 J., bei 521 von 25—30 J., bei 507 von 30—35 J., bei 458 von 35—40 J., bei 382 von 40—45 J., bei 298 von 45—50 J., bei 449 von 50—60 J., bei 185 von 60—70, bei 63 von 70—80, bei 7 über 80, congenital bei 75, nicht-irre bei 8, unbekannt bei 936. Ursache vom Beginn bei 350 Alcohol, bei 250 Epilepsie, übermässige geistige Anstrengung bei 48, stat. puerp. bei 154, Syphilis bei 38, Typhus bei 20: der Form nach bei 2576 Manie, bei 1221 Melancholie, bei 504 Dementia, bei 74 Monomanie, bei 328 Idiotie, bei 162 (147 M. 15 Fr.), Paresis. Homocidal waren 264 (182 M. 82 Fr.), suicidal 503 (292 M. 211 Fr.). Bei den Genesenen Dauer der Krankh. vor der Behandlung bei 171 unt. 1 Mon., bei 122 v. 1—2 Mon., bei 67 von 2—3 Mon., bei 81 von 3—6 Mon., bei 63 v. 6--9 Mon., bei 35 v. 9—12 Mon., bei 43 v. 12—18 Mon., bei 15 v. 18—24 Mon., bei 37 v. 2—3 J., bei 12 v. 3—4 J., bei 5 v. 4—5 J., bei 20 v. 5—10 J., bei 8 darüber, unbekannt bei 119. Dauer der Behandlung bei den Genesenen: unt. 1 Mon. bei 9, 1—2 Mon. bei 50, 2—3 Mon. bei 86, 3—6 Mon. bei 280, 6—9 Mon. bei 160, 9—12 Mon. bei 84, 12—18 Mon. bei 57, 18—24 M. bei 29, 2—3 J. bei 31, 3 J. und darüber bei 18. Es genasen mit Manie 546, mit Melanch. 241, mit Monomanie 7, mit Dementia 10. Es starben mit org. Herzstörungen 84, mit dem. par. 122 (110 M. 12 Fr.), an Suicid 8, an Syphilis 4. Eröffn. der Anstalt am 1. Nov. 1872. Ein Bericht über die Wärterschule und die Art der Ausführung, sowie die Angabe der Graduirten schliesst den Bericht.

First report of the second hospital for the insane of the state of Maryland. Oct. 1 st. 1896. 19 pp. Baltimore 1896. 8°. (Super. Ge *H. Rohé.*)

Eröffnet unter Dir. Dr. Ge. H. Rohé am 6. Juli 1896 mit 160 Acres fruchtbaren Bodens. Täglich 100,000 Gallonen Wassers möglich. Gruppe von Pavillons mit einem Dienstgebäude. In ihm Speiseräume für Kr. und Wartpersonal, ebenso darin die Schlafräume für letzteres. In den Abtheil. nur das, was den Dienst hat. Ohne Umfassungsmauern, Beleuchtung und Heizung von einem Centrum aus. Telephone zum Director von allen Abtheilungen u. Beamten. Sieche Kranke und Epileptische in der „Buttercap Farm" der Anstalt unter einem Ehepaare.

Report of the Pennsylvania Hospital for 1897. 35 pp. 8°. (Super. Dr. John *B. Chapin.*)

Bestand April 1896 413 (181 M. 232 Fr.), aufgenommen 152 (79 M. 73 Fr.), entlassen geheilt 41 (16 M. 25 Fr.), geb. 38 (16 M. 22 Fr.), ungeheilt 23 (10 M. 13 Fr.), gest. 33 (21 M. 12 Fr.). Seit Eröffnung 1841 geheilt 4587 (2283 M. 2204 Fr.), geb. 2793 (1376 M. 1417 Fr.), ungeheilt entl. 1551 (1017 M. 534 Fr.), gest. 1608 (914 M. 694 Fr.), nicht-irre 2 M. Von den im letzten J. geheilt entlassenen waren 10 nicht 3 Monate, 15 zwischen 3 und 6 Mon., 11 zwischen 6 und 12 Mon. und 3 länger im Hospital. Der Neubau der Frauenabth. wurde am 20. Mai 1896 eröffnet. Unter den seit Eröffnung Aufgenommenen waren 142 (123 M. 19 Fr.) mit Parese, im letzten Jahre 11 (9 M. 2 Fr.). Unter den 11041 Aufgenommenen war die Ursache Missbrauch des Tabaks 19 mal, geistige Ueberanstrengung 71 mal, Kopfverletzungen 161 mal, Unmässigkeit 1018 mal, Influenza 24 mal, Nostalgie 12 mal, Opium 61 mal, Puerperium 365 mal, Syphilis 4 mal. Unter 10 J. bei 5, bis 15 J. bei 47, bis 20 J. bei 546, bis 25 J. bei 1406. bis 30 J. bei 1568, bis 35 J. bei 1509, bis 40 J. bei 1468 etc., von 80—85 J. bei 31, von 85—90 J. bei 11, von 90—95 J. bei 2. Kosten 89,570 D. Zahlreiche Illustrationen schmücken den Bericht.

37. Report of Matteawan State Hospital, N. Y. pro Ending Sept. 1896. 66 pp. 8°. (Super. Dr. H. E. *Allison*).

Bestand 514 (477 M. 37 Fr.), aufgenommen 127 (122 M. 5 Fr.), entlassen geheilt 39 (37 M. 2 Fr.), geb. 8 (6 M. 2 Fr.), ungeheilt 8 M., nicht-irre 4 M., gest. 23, blieben 559 (521 M. 38 Fr.). Zahl der Betten 550 (470 f. M., 80 f. Fr.). Seit Eröffnung 1859 aufgenommen: 1860 (1769 M. 91 Fr.), davon entl. geheilt 501 (483 M. 18 Fr.), geb. 177 (166 M. 11 Fr.), ungeheilt 305 (291 M. 14 Fr.), nicht-irre 89 M., uneingetragen 8 (7 M. 1 Fr.), gest. 221 (212 M. 9 Fr.). Ursachen seit Eröffn.: Gefängniss in 184 (181 M. 3 Fr.) Fällen, Epil. in 34 Fällen,

Heredität in 42 Fällen, Heredität und Gefängniss in 31 Fällen, Unmässigkeit in 72 Fällen, Masturbation in 107 Fällen, Opium in 6 Fällen, phthisis in 12 Fällen, Sonnenstich in 8 Fällen, Syphilis in 2 Fällen, Typhus in 4, nicht-irre in 49 Fällen. Seit Eröffn. aufgenommen mit Mania 512, mit Melanch. 552, mit paral. gen. 51, mit primärer dementia 50, mit erfolgter dementia 148, mit Epilepsie 53, mit Idiocy 1, mit imbecility 62. Seit Eröffnung gest. an morbus Brightii 9, an Apoplexie 7., an Epil. 8, an Herzkr. 6, an Paresis 37, an phthisis 72, an Suicid 11; mit Heredität erkrankt 872; bei den Geheilten seit 1. Oct. 1888 Anstaltsdauer bis 6 Mon. bei 42, bis 12 Mon. bei 73, bis 2 J. bei 65, bis 3 J. bei 24, bis 4 J. bei 10, bis 5 J. bei 5, bis 10 J. bei 6. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 6 Mon. bei 114, bis 1 J. bei 12, bis 2 J. bei 5, bis 3 J. bei 4, bis 5 J. bei 3, bis 10 J. bei 1, ungewiss bei 85.

Rob. Jones, The London County Council Asyl at Claybury, and a Sketch of its first Working Year. Journ. of Ment. Sc. Jan.

Die Anstalt hat 269 Acres Land, davon 70 Acres Wald. Ursprünglich für 2000 Pat. bestimmt, kann sie jetzt 2500 Kr. beherbergen, 1450 Frauen und 1050 Männer. Sie besteht aus 6 zweistöckigen Häusern für Sieche und für frische Fälle (zus. 650 Kr.), 2 dreistöckigen Häusern für acute Fälle (zus. 475 Kr.), 2 Häusern für Epileptiker (360 Kr.), einigen Häusern für 960 ruhige, grossentheils arbeitende Kr., einem Haus für ansteckende Krankheiten (für 20 Kr.) u. s. w. Besonders gut ausgestattet das Leichenhaus und die Laboratorien (bacteriolog., chem., physical. und photographisches). Gesammtkosten 579308 Pfd. St., also 238 Pfd. 18 Sh. auf den Kopf oder, wenn man die Kosten für das Gelände, Einrichtung u. s. w. abzieht, 189 Pfd. 14 Sh. Eröffnung am 16. Mai. Im Febr. darauf schon 2000 Kr. Jeder Pat. photographirt, und sein Journal mit der Photographie versehen, was grosse Erleichterung gab.

Ginsburg-Schik, G., Bericht über die Irrenheil- und Pflegeanstalt, wie auch Nervenabtheilung der Chersoner-Gouvernements-Landstände (Semstwo) für das Jahr 1895.

Diese Specialanstalt ist eigentlich bis jetzt nur eine theilweise gesonderte Abtheilung der allgemeinen Wohlthätigkeitsanstalten der Semstwo. Die Heil- und Nervenabtheilung befindet sich in der Stadt bei dem allgemeinen Krankenhause; die Pflegeanstalt auf einem Landgute 7 Werst (Kilometer) von der Stadt entlegen, Irrencolonie. Die Heilanstalt soll im Jahre 1898 in die neuen Gebäude, in der Nähe der

Colonie, übergeführt werden, und wird alsdann eine selbständige, von dem Krankenhause getrennte Irrenanstalt bilden.

Bestand am 1. Januar 1895	231	M.	203	Fr.	Summa	434.
davon in der städtischen Heilanstalt	173	„	166	„	„	339.
in der Colonie	58	„	37	„	„	95.
Neuaufgenommen im Jahre 1895:	230	„	159	„	„	389.
Behandelt und verpflegt wurden 1895	461	M.	362	Fr.	Summa	823.
Entlassen wurden im Jahre 1895	195	„	134	„	„	329.
und zwar als genesen	57	„	52	„	„	109.
als gebessert	27	„	19	„	„	46.
ohne Besserung	62	„	28	„	„	90.
gestorben	49	„	35	„	„	84.
Es verblieben am 1. Januar 1896	266	M.	228	Fr.	Summa	494.

Die 823 Kranke verbrachten während des Jahres 1895 in der Anstalt 172839 Tage, durchschnittlich also jeder Patient 210 Tage. Die tägliche Durchschnittszahl der Kranken betrug 478,3 Personen, 377,5 in der Anstalt und 100,8 auf der Colonie.

Alle neuankommende Patienten werden in der städtischen Abtheilung aufgenommen, und von dort aus werden die ruhigen und arbeitsfähigen auf die Kolonie übergeführt.

Der Zahl nach befanden sich unter den 823 Kranken mit secundärem Blöd- und Schwachsinn 106, Imbecillitas und Idiotismus 95, Paranoia chronica 93, Paralysis progressiva 86, Psych. epilep. 75, Mania 77, Paranoia acuta 62, Melancholie 59 etc. etc. Unter den Neurosen war am häufigsten Epilepsia simplex 15, Hysteria 8, Chorea hereditaria 4, Neurasthenia 3 u. s. w.

Verfasser hebt hervor, dass die absolute Zahl der secundär Blödsinnigen von Jahr zu Jahr abnimmt und erklärt es dadurch, dass die alten Chroniker langsam aussterben, frische Fälle aber bei Zeiten die Anstalt aufsuchen und dadurch vor dem Verblöden geschützt werden.

Die Anamnese lässt noch viel zu wünschen übrig, jedoch konnte nachgewiesen werden, dass von den Neuaufgenommenen mit Paranoia chronica der grösste Theil stark hereditär veranlagt war. Die mit Paralysis prog. behafteten Neuaufgenommenen betrugen 62 (51 M., 11 Fr.), davon litt der grösste Theil vorher an Lues oder Lues + Alcoholismus. Die an Paralysis progres. Leidenden waren 10,4 % aller behandelten und verpflegten Kranken.

Die grösste Zahl der Neuaufgenommenen verfällt auf den Sommer. Was die Todesursachen anbelangt, so fielen der allgemein fortschreitenden Paralyse 40,4; der Tuberculose 34,5 % der Gestorbenen zum Opfer.

Wegen Verbrechen befanden sich zur gerichtlich medicinischen Untersuchung in der Anstalt 13 Personen wegen Mord- oder Totschlag, 3 wegen Selbstmordversuch und 3 wegen Brandstiftung. Die überwiegende Zahl 46,7% der Anstaltsinsassen gehörten dem Bauernstande an, 27,8 dem Bürgerstande, 6,7% dem Adel, die übrigen gehörten zu verschiedenen Berufsklassen.

Die sogenannte Heilanstalt ist so überfüllt, dass oft gegen 40 Kranke auf den Corridoren schlafen müssen; auch die Isolirzellen sind grösstentheils sehr überfüllt, trotzdem wird darnach gestrebt, dass No-restraint System durchzuführen. Auf der Colonie sind die Thüren offen.

In der Stadt werden die Patienten so viel als möglich mit Handarbeit in den Werkstätten und im Hause selbst beschäftigt, auf der Colonie mit Feld- und Gartenbau.

Unglücksfälle waren im Laufe des Jahres nicht zu verzeichnen. Flucht wurde 3 Mal ausgeführt, doch keiner der Kranken erlitt irgend welchen Schaden.

Der Unterhalt eines Kranken betrug pro Jahr 216 Rb. und 60 Kop.

A. v. Rothe.

Jakowenko, W. J., Bericht über die Thätigkeit der Pokrowschen (Maria's Schutz u. Fürbitte) Irrenanstalt der Moskauer Semstwo (Landstände) für das Jahr 1895.

Die Irrenanstalt Powkrowsk ist noch im Bestehen begriffen, sie befindet sich auf dem Landgute Mestschersk, ziemlich weit von Moskau, und wird von den Gouvernements-Landständen erbaut und erhalten. Die Anstalt ist nur für die ständigen Einwohner des Gouvernements Moskau, mit Ausschluss der Stadt Moskau, bestimmt, und functionirt seit dem Jahre 1893 mit 100 Betten. Die vollständige Zahl der Betten soll 585 betragen und im Jahre 1900 beendet sein; der bestimmte jährliche Baufond beträgt 115000 Rb. und wird ausser dem schon verausgabten Capital 591678 Rb. ausmachen. Die bis jetzt bestehende Anstalt (100 Betten) besteht aus 1 männlichen und 1 weiblichen Abtheilung, jede derselben zerfällt in Räume für ruhige und unruhige Kranke und die für die Verwaltung und Aerzte nöthigen Gebäude.

Der Bericht ist für die Jahresversammlung der Landstände ausgearbeitet worden, umfasst 125 Seiten VIII. und ist sehr ausführlich, in die allergeringsten Kleinigkeiten eingehend und dieselben erklärend und motivirend. Der Direktor Dr. Jakowenko untersteht der Gouvernements-Verwaltung der Landstände, unterbreitet derselben seine Projecte und Vorschläge sowohl in ärztlicher wie administrativer Beziehung. Die Anstellung und Entlassung der Aerzte und höheren Administrativbeamten

schlägt er vor und holt die Bestätigung der Verwaltung ein; alles niedere ärztliche und administrative Personal hängt nur von dem Director ab.

Bestand am 1. Januar 1895	56	M.	41	Fr.	Summa		97.
Neuaufgenommen im Jahre 1895	85	„	66	„	„		141.
In Behandlung und Verpflegung waren 1895	141	„	107	„	„		248.
Entlassen wurden	80	„	64	„	„		144.
Verblieben am 1. Januar 1896	61	„	43	„	„		104.
Die Zahl der Krankentage im Jahre 1895 betrug	23081	„	15587	„	„		38668.
Der tägliche Durchschnittsbestand	63	„	42	„	„		105.

Was die Krankheitsformen anbelangt, so ist die allgemeine von der psych. Gesellschaft vorgeschlagene Classification eingeführt, mit Hinzufügung der Amentia Meynerti. Von den Behandelten und Verpflegten litten an Amentia Meynerti 27 M. 37 Fr. = 64; Paranoia chronica 22 M. 10 Fr. = 32; Paraly. prog. 22 M. 10 Fr. = 32; Dementia sec. 19 M. 12 Fr. = 31; Paranoia acuta 10 M. 4 Fr. = 14; Mania 6 M. 7 Fr. = 13. Melancholia 6 M. 4 Fr. = 10.

Was die Entlassenen anbelangt, so giebt Jakowenko folgende Zahlen

Vollkommen genesen:	15	M.	34	Fr.	= 49.
In der Reconvalescenz:	4	„	1	„	= 5.
Genesung mit Defect:	6	„	—	„	= 6.
Als nur gebessert:	33	„	17	„	= 50.
Ohne Besserung:	6	„	15	„	= 21.
Im verschlechterten Zustande:	4	„	1	„	= 5.
Im Intervallum lucidum:	2	„	2	„	= 4.
Gestorben	10	„	4	„	= 14.
Summa der Entlassenen:	80	„	64	„	= 144.

Die Aetiologie und Anamnese wurde sehr eingehend erforscht bei den Neuaufgenommenen und ergab ausser anderen folgende Resultate. Erblichkeit und Degeneration bei 66 M. 52 Fr. = 118. Alcoholmissbrauch bei 38 M. 5 Fr. = 43; Acute Infectionskrankheiten im Kindesalter 31 M. 15 Fr. = 46; Scrophulose, Ohrenfluss, Rhachitis 14 M. 9 Fr. = 23; Syphilis 11 M. 3 Fr. = 14; Fieberkrankheiten, Rheumatismus 11 M. Vorhergegangene Psychosen 10 M; Kummer und Sorgen 10 M. 4 Fr. = 14; Onanie 3 M. etc. etc.

Die einzelnen Krankheitsformen und Gruppen, der Zahl nach XVIII, geht Ja. sowohl der Zahl nach, wie auch, was die einzelnen Erscheinungen, Verlauf, Dauer, Ausgang u. s. w. anbetrifft, sehr eingehend durch; da sich hier jedoch nichts besonderes vorfindet, glaube ich hierauf nicht näher eingehen zu brauchen.

Für die ausländischen Leser dürfte es jedoch von einigem Interesse sein, wenn ich ihre Aufmerksamkeit auf die Art und Weise, wie die Irrenpflege von der Moskau'schen Landschafts-Verwaltung gehandhabt wird, lenke.

Die Kranken- und Armenpflege ist eine von den Hauptaufgaben der Semstwo in denjenigen Gouvernements, wo die Selbstverwaltung eingeführt ist (so viel wie ich weiss in 34). Um dieser Aufgabe näher zu treten, hat die Semstwo dafür gesorgt, dass nicht nur die Kreise der Gouvernements, deren es 13 giebt, sondern auch die Gemeinden (wenn kleinere 2) deren auf einen Kreis von 5 bis 13 kommen, einen Arzt zur Verfügung haben, der in der Kreisstadt, grösseren Städten oder Gemeinden seinen beständigen Aufenthalt haben muss. Diese Gemeindeärzte befahren ihre Gemeinden, um den Kranken im Hause Hilfe zu bringen. Ist die Behandlung im Hause nicht möglich, so werden sie in kleine, 4—10 Betten, Gemeindehospitäler untergebracht oder in die grösseren Hospitäler in der Kreisstadt, schwere aussergewöhnliche Fälle in das grosse Gouvernements-Krankenhaus der Gouvernementsstadt. Als die allgemeine Krankenpflege in dieser Art geregelt war, wurde ein grösseres Augenmerk den Geisteskranken geschenkt. Zuerst galt es, eine genaue Irrenstatistik des Gouvernements Moskau zu erhalten. Um dies zu erreichen, besorgten erst die Landärzte und Geistlichen eine Registrirung und Zählung der Irren. Um dieselbe zu vervollständigen, wurden eine Anzahl practischer Irrenärzte in die Kreise geschickt, welche mit den Landärzten gemeinschaftlich die Kranken an Ort und Stelle aufsuchten und den acuten oder chronischen, heilbaren oder unheilbaren, gemeingefährlichen oder nicht gefährlichen Zustand der Kranken zu constatiren hatten. Das Resultat war (im Jahre 1893 unter der Leitung Jakowenko's), dass auf je 1000 Einwohner 2,3 Irre nachgewiesen wurden, und dass die Gouvernements-Irrenanstalt (die Stadt Moskau ausgeschlossen) 585 Kranke und Pfleglinge beherbergen müsse.

Hierauf wurde die jetzige Anstalt in Angriff genommen, nachdem ein entsprechendes Landgut angekauft worden und die nöthigen Summen zum Bau und Unterhalt der Anstalt bestimmt worden waren.

Die Aufnahmegesuche werden von den Landärzten dem Director der Irrenanstalt überschickt, in wichtigen Fällen telegraphisch oder per Telephon. In den Aufnahmegesuchen nach einem vorgeschriebenen gedruckten Schema müssen die Anamnese, Aetiologie und der Status praesens genau angegeben sein, und ob der Patient durchaus in der Anstalt untergebracht werden muss. Ueber die Aufnahme verfügt der Director, gemeingefährliche und acute Fälle werden immer bevorzugt.

Jeden Monat senden die Landärzte dem Director ihre Berichte über neu Erkrankte, Recidive, Alcoholiker, wie auch chronische, welche im Bezirk oder der Gemeinde gehalten werden.

Um einer Ueberfüllung der Anstalt, selbst wenn dieselbe die volle Bettenzahl 585 besitzen wird, in der Folge vorzubeugen, hat die Semstwo beschlossen, dass wirklich ruhige, ungefährliche chronische Kranke sobald als möglich aus der Anstalt entlassen und den Familien oder Gemeinden zur weiteren Verpflegung, unter genauer Controlle und Aufsicht der Landärzte, übergeben werden.

Um diese quasi Familienpflege practisch durchzuführen, hat die Semstwo beschlossen, den wirklich bedürftigen Familien der Kranken oder auch fremden Familien eine monatliche Geldunterstützung von 1,5 bis 5 Rb. zukommen zu lassen.

Um derartige Geldunterstützung zu erhalten, gleichviel ob Verwandter oder Fremder, muss ein von dem Landarzte ausgefertigtes Certificat über den Lebenswandel, moralischeu Zustand, materielle Lage im Hause, Character, ob in einer Stadt oder Dorf ansässig etc. etc. von der nachsuchenden Person der Provincial- oder Gouvernements-Semstwo eingereicht werden. Die Controlle über diese Unterstützung und ihre wirkliche Verwendung ist dem Landarzte übertragen. Sie allein zahlen auch das Geld aus. Derartige Geldunterstützungen in der Höhe von 1200 Rb. wurden im Jahre 1895 an 82 Patienten, 41 Männer und 41 Frauen, ausgezahlt, und functionirte diese Verordnung sehr genau, so dass sie nichts zu wünschen übrig liess.

Seit der Einführung dieser Maassregel findet sie immer mehr und mehr Anklang, ja sie wird gern angenommen und durchgeführt, so dass eigentlich Klagen nicht laut werden.

Bei der Entlassung solcher Patienten und Ueberführung in die Familienpflege erhalten die Landärzte die Krankengeschichte derselben und tragen den Namen des Kranken in ihre Listen ein, um seinen Zustand genauer zu kennen und die entsprechende Hilfe zu leisten, wie auch, um der Anstalt über den weiteren Verlauf in den Monatsberichten Mittheilungen zu machen.

Weiter hat die Semstwo beschlossen: Wenn Kranke von der Anstalt als ruhig und ungefährlich erkannt werden, so wird die Familie davon benachrichtigt, um den Kranken abzuholen; geschieht dies nicht, so müssen die Städte, Gemeinden oder Dörfer, denen der Kranke angehört, die entsprechenden Unterhaltungskosten tragen. Diese Kosten bestimmt die Jahresversammlung der Semstwo.

Kranke, welche eine eingehendere Behandlung und Pflege bedürfen, sollen in der Nähe der Anstalt bei Landleuten untergebracht werden, doch soll der Unterhalt pro Jahr und Kopf nicht mehr als 120 Rubel betragen.

Ständige Bewohner Moskaus, welche 1 Jahr und mehr in der Provinz lebten, können in der Anstalt des Semstwo aufgenommen werden.

Alle acuten Irrseinsformen, wie auch tobende-gemeingefährliche Bewohner des Gouvernements werden unentgeltlich aufgenommen.

Die Semstwo ersucht die Regierung, es zu verhindern, dass in einem Umkreis von 3 Werst (Kilometer) neue Schenken angelegt werden dürfen, die alten bestehenden aber sollen geschlossen werden.

A. v. Rothe.

23. Jahresber. d. Brandenburgischen Hilfsvereins zu Eberswalde pro 1896/7. 31 S. 8⁰.

Mitgliederzahl 214. Beiträge 1500 Mk. Capitalvermögen 30102 Mk. Unterstützt 42 Personen mit 1853 Mk. Bestimmungen des Reglements über die Aufnahme Geisteskranker in eine der Landirrenanstalten des Provincialverbandes von Brandenburg. Fragebogen zur Aufnahme. Uebersicht der Aufnahmebezirke der Landirrenanstalten des Prov.-Verbandes: Eberswalde, Sorau, Landsberg, Neuruppin. Zur Nachricht für die Familien von in der Landirrenanstalt zu Eberswalde befindlichen Kranken. Statut des Hilfsvereins. Mitglieder des Vereins.

1. Bericht des Hilfsvereins f. reconvalescente Geisteskranke in Württemberg. 46 S. 8⁰.

Der Verein constituirte sich am 30. Dec. 1895 mit 30 Mitgliedern. Begründung des Aufrufes dazu. Statut. Anleitung für die Vertrauensmänner, Verzeichniss derselben. Liste der Mitglieder. Eingegangen 8419 Mk., ausgegeben 7745 Mk.

Bericht der Unterstützungskasse der Hessischen Landes-Irrenanstalten pro 1896/97. 39 S. 8⁰.

Die Zahl der Mitglieder hat sich um 4646 vermehrt und betrug jetzt 31656, Einnahme 18368 Mk., Unterstützung mit 18368 Mk. in 395 Fällen. Seit 23 Jahren sind über 201000 Mk. an Unterstützung verausgabt und das Kapitalvermögen auf 61000 Mk. gebracht worden. Um zu Besuchen der Kranken durch Angehörige anzuregen, wird unter Umständen Reisegeld gewährt. Die Vertrauensmänner haben wesentlich mitgeholfen, die Lücken im Wartpersonal zu ersetzen. Beitragsliste.

Hilfsverein im Hrzth. Sachsen-Meiningen p. 1897. 28 S. 8⁰.

Einnahme 4547 Mk. incl. Activrest vom vorigen Jahr 3828 Mk. Ausgaben incl. 12 Unterstützungen 368 Mk., blieb Activrest 4478 Mk. Vortrag des Dir. Dr. *Mayser* „Einiges über Hypnotismus.“ Erläuterung desselben, illustrirt durch Experimente an 2 gesunden Pflegerinnen.

21. Bericht des Züricher Hilfsvereins für Geisteskranke pro 1896. 37 S. 8⁰.

Für entlassene Männer ist es schwerer, günstige Placirung zu finden als für Frauen, nur für 1 fand sie sich. An Löhnen für Näh- und Strickarbeit wurden 490 Fr. ausgegeben. 197 Geheilte und Kranke wurden mit 6324 Fr. unterstützt, 9 in der Anstalt Verpflegte mit 819 Fr. Gaben vom Verein wirken auch auf die Umgebung der Pfleglinge wohlthuend ein, ebenso wenn Angehörige von Anstaltskranken unterstützt werden. An Geschenken kamen ein 1275 Fr., an Beiträgen von 565 Mitgliedern 2910 Fr. Vermögen Ende 1896 48403 Fr. Vortrag von Prof. Dr. *Wille*, über irrenärztliche Tagesfragen. Vorurtheile über die Behandlung und Pflege in den Anstalten, Schwierigkeit der Krankenpflege und der Anforderungen an das Wartpersonal. Vorurtheile betreffs des Zurückhaltens Genesener in den Anstalten. Von S. 26—37 Verzeichniss der Mitglieder.

23. Ber. des Hilfsvereins im Canton Luzern pro 1986. 95 S. 8⁰.

Vortrag des Dir. *Lisibach* über Irrenpflege mit geschichtlicher Einleitung. Kurze Schilderung der Irrenanstalt St. Urban mit 483 Joch Land und Wald, deren Colonie Weiherhof und Grossherrnhalde, in letzterer 20 männliche und 3 weibliche Kranke. Mitglieder des Hilfsvereins sind 3643, Beiträge 7556 Fr. Gesammtvermögen 110375 Mk., 106 Personen wurden mit 10978 Fr. unterstützt. Verzeichniss der Mitglieder S. 55—95.

8. Bericht des aargauischen Hülfsvereins f. Geisteskranke pro 1895 und 96. 36 S. 8⁰.

In den letzten 2 Jahren hat der Verein um 451 Mitglieder und die Kasse durch jährliche Beiträge um 1300 Fr. zugenommen. In über 100 Gemeinden des Kantons hat der Verein noch keinen Fuss gefasst. Mitgliederbeiträge 5458 Fr., Vermächtnisse 1050 Fr., Zinsen 420 Fr., Ausgaben an 52 Personen 6543 Fr. Vermögen 8987 Fr. Revidirte Statuten. Mitglie der-Verzeichniss.

Jones. Electrische Beleuchtung in Irrenanstalten. Mit Berichten über Einzelheiten der Einrichtungen in der Londoner Irrenanstalt zu Claybury. Journal of mental science. October.

Durch Fragebogen, die an alle Irrenanstalten in England und Schottland gesandt wurden, ist festgestellt, welche zur Zeit elektrische Beleuchtung haben. Es sind nicht sehr viele. Von 54 öffentlichen Irrenanstalten in England (County Asylums) sind 3 ausschliesslich und 7 theilweise electrisch beleuchtet. Von 27 schottischen öffentlichen Anstalten haben 9 electrisches Licht. Ueber die Einzelheiten der Einrich-

tungen (Art der Maschinen, Zahl der Lampen, Kosten der Einrichtung und des Betriebes u. s. w.) giebt eine Tabelle Auskunft, die nach den von den einzelnen Anstalten ausgefüllten Fragebogen zusammengestellt ist. Unter den befragten Directoren herrscht Einstimmigkeit darüber, dass die electrische Beleuchtung in den Irrenanstalten jeder andern vorzuziehen ist, dass sie aber theurer ist als Gasbeleuchtung. Ueber die electrische Beleuchtung von Claybury werden zahlreiche Einzelheiten mitgetheilt. Diese im Jahre 1893 eröffnete Irrenanstalt der Stadt London ist für 2500 Kranke bestimmt und hat für die Einrichtung der electrischen Beleuchtung eine Ausgabe von 460000 Mark verursacht.

Otto Snell.

Jelgersma. Einrichtungen für Nervenkranken-Zimmer-Zurichtungen. Psychiatrische und Neurologische Aladen. 2.

Verfasser bespricht mit wenigen Worten den in der zweiten Kammer der Generalstaaten in Vorschlag gebrachten Plan des Baus von Anstalten für Nervenkranke d. h. für solche Kranke, „welche nicht krank genug für eine Nervenanstalt sind“. Der Plan entspricht einem weitgefühlten Bedürfniss. Aufgenommen können nur solche Kranke werden, welche freiwillig eintreten und eine gewisse Krankheitseinsicht besitzen. Es darf keine Freiheitsberaubung stattfinden; nach Verfasser wirkt die Freiheitsberaubung, wie sie in den Irrenanstalten nöthig ist, im Allgemeinen bedeutend schädlicher, als die Psychiater von Fach gewöhnlich anzunehmen geneigt sind. Es würden sich für solche Anstalten besonders eignen leichte Melancholien, Erschöpfungszustände, gewisse periodische Fälle und andere beginnende Psychosen. Eine Staatsaufsicht soll sich nach Verfasser nur auf den Bauplan, Hausordnung u. s. w. erstrecken, soweit Kranke aus Armenkassen in Betracht kommen. Die Anstalten sollen auch dazu dienen, Leute, welche sich einfach erholen wollen, aufzunehmen: sie sollen dort ihren Urlaub zubringen. Am meisten Vortheil würden von diesen Anstalten diejenigen Gebildeten haben, welche mit Glücksgütern nicht allzu reichlich gesegnet sind. Deshalb soll die Anstalt auch keine Erwerbsquelle sein. Im Übrigen schliesst sich Verfasser fast vollständig den bekannten Ansichten von Möbins an.

Serger.

12. Statistik. Ref.: Tigges-Düsseldorf.

Buffet, Ad., médecin directeur de l'asile d'Ettelbruck. L'aliénation mentale dans le Grand-Duché de Luxembourg. 1897.

Der Titel ist nicht ganz zutreffend, da von Geisteskrankheiten nur die der Irrenanstalt behandelt werden. Ausserdem finden sich noch Data über Selbstmorde und über Alkoholismus in Luxemburg. Ferner werden eine Reihe von Fragen der Psychiatrie und damit in Beziehung stehender Gebiete in ansprechender Weise nach den neuesten Standpunkten der französischen und deutschen Litteratur besprochen. So wird die Ansicht der britischen Ärzte über die fragliche Zunahme der Geisteskrankheiten in Grossbritannien angeführt, ferner die Ansicht französischer und belgischer Irrenärzte, dass eine Zunahme dadurch erfolge, dass Degenerirte, Alkoholiker, psychisch Minderwertige etc., welche früher die Gefängnisse mit Rückfälligen anfüllten, jetzt in die Irrenanstalt kommen. Verfasser stimmt ferner Parchappe zu, dass nicht die Civilisation als Ursache zunehmender Geisteskrankheit zu betrachten sei. Eine grössere Erörterung erfährt die erbliche Degeneration im Morel-Magnan'schen Sinne. Verfasser bespricht ihre Kriterien, die Abstammung, psychische und somatische Entartungszeichen und die Krankheitsbilder, — im Gegensatz zur erworbenen Degeneration.

Ferner wird die Beziehung der Syphilis zur allgemeinen Paralyse erörtert und die ausschliessliche Causalität geleugnet. — Den grössten Umfang nehmen Erörterungen über den Alkoholismus ein, seine allgemeinen Schädlichkeiten, Beziehungen zu Verbrechen, Selbstmord etc., sowie die Massregeln zur Bekämpfung. Verfasser steht im Allgemeinen auf dem Standpunkt der Mässigkeit, nicht der Abstinenz etc. etc.

Es soll in folgendem eine genauere Skizzirung der Arbeit nur in soweit erfolgen, als Verfasser eignes Material beibringt. Dies geschieht zunächst in Betreff des Selbstmordes.

Die Zahl der Selbstmorde betrug im Grossherzogthum Luxemburg in den 17 Jahren von 1880—1896 mit Einschluss von 8 Selbstmordversuchen 169 (143 Männer und 26 Frauen). Während man sonst auf 1 weiblichen 3—4 männliche zählt, kamen in Luxemburg auf 1 Frau 5,5 Männer. Unter den 169 befinden sich 5 in den beiden Gefängnissen und 3 im Asyl von Ettelbruck.

Verfasser vergleicht dann 3 fünfjährige Perioden. Von 1882—1887 fanden 29 Selbstmorde statt, im folgenden lustrum 54, im letzten 70, zusammen 153, also eine namhafte Steigerung bei geringer Zunahme der Bevölkerung. Bei einer mittleren Einwohnerzahl von 215000 kommt durch-

schnittlich ein Selbstmord auf 20098, also auf 1000000 : 50, demnach keine hohe Zahl.

Von den 153 Selbstmördern waren Luxemburger 118, Deutsche 16, Belgier 4, Franzosen etc, je 1. Dies ist wohl ein Massstab für die Verkehrsverhältnisse mit den benachbarten Ländern.

Ledig waren 57, verheiratet 66, Witwen 15, unbekannt 15. Im Alter von 15—20 Jahren waren 6, von 20—30 : 27, 30—40 : 24, 40—50 : 31, über 50 : 53.

Der Beschäftigung nach waren Arbeiter, Dienstboten 48, Künstler 38, Bauern 13, Schriftsteller, Beamte etc. 12 etc. Der Vergleich mit den betreffenden Kategorien der Bevölkerung fehlt überall.

Die Selbstmordarten waren Strangulation 70 mal, durch Schusswaffen 20 mal, durch Ertränken 16 mal, durch Schnittwunden 10 mal, durch Gift 10 mal etc.

Die Selbstmordmotive verteilen sich folgendermassen: 1. Alkoholismus oder Trunkenheit : 60 mal (= 47 %, der bekannten Fälle).

2. Geistesstörungen : 43 Fälle (33 %).

3. Psychische Ursachen : 25 Fälle (20 %)

4. Unbekannte Ursachen : 25 Fälle (20 %).

Um irgend einen Vergleich zu haben, führt Ref. aus Prinzing (cf. Referat der Zeitschrift 53. Bd. S. 309 *) an: In Preussen waren von 1883 bis 90 die Selbstmordmotive: Alkoholismus bei den Männern 11,6, Frauen 2,5. Werden jedoch die Fälle hinzugerechnet, in denen Selbstmord indirekt durch Alkohol, vermittelst Geisteskrankheit, Trunksucht etc. herbeigeführt wurde, so waren mehr als der 4. Teil des männlichen Geschlechts, und im eigentlichen Mannesalter ein volles Drittel der Selbstmorde durch Alkohol herbeigeführt. — Ferner waren in Preussen von 1883—90 Selbstmordmotive Geistesstörung mit Lebensüberdruss bei den Männern in 40,5, Frauen 56,4. — Psychische Ursachen Männer 33,5, Frauen 29,1.

Verfasser bringt hierauf das Material bei, aus dem sich ergiebt, dass von 1887—95 in Luxemburg verbraucht wurden an Branntwein, Bier, Wein und Cider in absolutem Alkohol berechnet, pro Jahr und Kopf 14,68 Liter. Zum Vergleich führt er aus einem Vortrag von J. Denis auf dem internationalen Alkohol-Kongress in Basel an: In Frankreich betrug die genannte Ziffer 13,81 Liter, in der Schweiz 11 Liter, Belgien 10,59 Liter, Italien 10,22 Liter, Deutschland 9,34 Liter, England 9,23 Liter, Canada 2,03 Liter. In Belgien und Frankreich haben die Zahlen zugenommen, in den anderen Ländern sind sie stationär geblieben oder haben abgenommen.

Verfasser berichtet weiter, dass in Luxemburg von 1885—1896 10083 Verurteilungen wegen einfacher Contravention gegen das Gesetz über die Schenken (öffentliche Trunkenheit) erfolgten, 1292 wegen 1. und 692 wegen wiederholten Rückfalls, zusammen 12067 Verurtheilungen. Dies macht durchschnittlich jährlich eine Verurtheilung auf 66,3 Er-

wachsene männlichen Geschlechts. Nimmt man hinzu die Verurteilungen wegen Artikel 6 und 8 desselben Gesetzes über die Schenken, so erfolgte eine Verurteilung auf 35 erwachsene Männer.

An Geldstrafen wurden 1895 bezahlt wegen Skandal, Beleidigungen, Thätlichkeiten etc. im Zustande der Trunkenheit 39000 Frcs, abgesehen von den Gefängnis- etc. Strafen für nicht bezahlte Geldverurteilungen.

Verfasser bringt dann einige Tabellen über die Krankenbewegung im Zentral-Hospiz von Ettelbruck. Er behandelt spezieller die Jahre 1881—96. Das Jahr 1880 hatte ein neues Gesetz gebracht. Das Jahr 1880 schloss mit einem Krankenbestande von 196 (96 Männer, 100 Frauen), das Jahr 1889 mit 314 (155 Männer 159 Frauen), 1896 mit 389 (195 Männer, 194 Frauen), also eine beständige Zunahme.

In den ersten 8 Jahren wurden durchschnittlich jährlich aufgenommen 76 Kranke, gegen 89 in den 8 Jahren von 1889—96. Wenn man von den Aufnahmen die Idioten und Epileptiker abzieht, so kommen auf die erste Periode 60,87, auf die zweite 71,12.

Die Zahl der Entlassungen betrug in den ersten 8 Jahren 320, die der Todesfälle 163, zusammen 483, durchschnittlich jährlicher Abgang 63,75. — In der zweiten Periode betrugen die Zahlen 372, 265, zusammen 637. Durchschnittlich jährlicher Abgaug 79,62.

Verfasser berechnet dann weiter die Sterblichkeitsziffer nach der S. der Verpflegten (Bestand beim Beginn und Aufnahme während des Jahres). Er findet so 6,44 % für die 1. und 7,78 für die zweite Periode. Dies giebt jedoch keine vergleichbaren Werte. Rechnet man nach dem durchschnittlichen Bestand, so ist die Sterblichkeitsziffer für die 1. Periode 7,7, für die 2. Periode 9,5 %.

Als Ursache der Steigerung giebt Verfasser eine Epidemie von Dysenterie 1892 und 93 an, bei herrschender Überfüllung, besonders in den Schlafstuben der Unreinlichen.

Es folgt eine Auseinandersetzung über die Ursachen der Geisteskrankheiten. Die Paralytiker für sich, und die andern Formen zusammen, nach Ausscheidung der Nichtgeisteskranken werden gesondert behandelt. Die letztere Gruppe enthält daher Fälle von einfacher Geistesstörung, Epilepsie, Idiotie etc. Die beiden Zeiträume 1880—88 (9 Jahre) und 1889—96 (8 Jahre) werden getrennt aufgeführt. Der 1. Zeitraum umfasst 395 nicht paral. Männer der 2. 379. Die betreffenden Ursachen wirkten allein oder mit andern zusammen ein. Verfasser giebt folgende Prozentberechnung;

		Erblichkeit.	Degeneration.	Alkoholismus.
Männer	1880—88	26,07	21,51	29,06
	1889—98	24,01	26,64	32,71
Frauen	1880—86	34,52	35,74	5,22
	1889—96	30,28	30,35	11,97

Die Gesamtzahl der Frauen war 249 und 284.

Bei den Männern nimmt daher der Alkoholismus den 1. Rang unter den Ursachen ein. Er nimmt hier, wie auch bei den Frauen, in der letzten Periode zu. Die Zunahme ist noch grösser, als es nach den Zahlen scheint, da jetzt die Delirium-tremens-Kr. in das Zivilhospital nach Luxemburg etc. kommen, die früher nach Ettelbruck kamen.

Paralytische waren vorhanden in der ersten Periode 16 Männer und 6 Frauen, in der 2. Periode 32 Männer und 6 Frauen. Von den 16 M. der ersten Periode waren 11 verheiratet, 8 hatten Kinder. Auf eine Ehe kamen durchschnittlich 2,27 Kinder. Von den 32 Männern der 2. Periode waren 26 verheiratet, 22 hatten Kinder, auf eine Ehe kamen durchschnittlich 3 Kinder. Von den 16 Männern der 1. Periode hatten 3 die maniak., 13 die blödsinnige Form, von den 32 der 2. Periode 16 die maniak., 17 die demente Form. — Bei den 48 paralytischen Männern war Erblichkeit nachgewiesen bei 6, wahrscheinlich bei 15, Alkoholismus nachgewiesen bei 23, wahrscheinlich bei 14, Syphilis nachgewiesen bei 12, zweifelhaft bei 6.

Von den 12 paralytischen Frauen waren 7 verheiratet, 6 mit Kindern, ausserdem noch 1 mit unehelichem Kinde. Erblichkeit nur vorhanden bei 2, Alkoholismus bei 4, Syphilis bei 2, darunter eine mit tabes.

39. Annual report of the general Board of Commissioners in Lunac y for Scotland. 1897.

Am 1. Jan. 1897 betrug die Zahl der registrirten Gstkr. in Schottland 14500 (M. 6766, Fr. 7734.)

Von diesen waren untergebracht

in Königlichen Asylen	4139
„ Distrikts-Asylen	4673
„ Privat-Asylen	137
„ Gemeinde-Asylen	1505
„ Irrenabtheilungen von Armenhäusern	852
„ Privat-Pflege	2780
„ der Irrenabtheilung des allgemeinen Gefängnisses	62
„ Idiotenanstalten	352

Die Zahl der Privatkranken betrug 2217, die der Armen 12221. — Auf 100000 Einwohner wurden verpflegt 336 (im Jahre vorher 330), u. zwar Private 49 (i. v. J. 49), Arme 287 (i. J. v. 281). Auf 100000 vorhandene Arme wurden gstkr. Arme verpflegt 18884 (i. v. J. 18786.)

Im J. 1896 fanden unter Ausschluss der Versetzungen von einer Anstalt in eine andere, 3127 Anstaltsaufnahmen statt (1520 M., 1607 Fr.). Die Zahl betrug im vorigen Jahre 3049. Unter jenen waren

Privatkranke 482, Arme 2645. Zum 1. mal registrirt wurden 1896 2394 Kr. Dies macht auf 100000 Einwohner 57,2 (im Jahre vorher 56,0).

Die Zahl der freiwilligen Aufnahmen betrug 87 (im vor. J. 71). Diese können nur 3 Tage nach Ausdruck ihres Wunsches auszutreten, zurückgehalten werden.

Die Zahl der Genesungen betrug bei den Privatkr. 209, Armen 1131. Das Genesungsprocent war in den Königl. und Distriktsasylen 36,1 von den Aufnahmen, in den Privat-As. 40,0, Gemeinde-As. 41,0, die Irrenabtheilungen der Armenhäuser 6,0.

Es starben 965 Kr., vom durchnittl. Bestand 6,9 Pc. (im vor. J. 8,1, von 1890—94 in 7,8 Pc.) nach Tab. IV. In den eben genannten Arten von Anstalten betrug die Sterblichkeitsziffer 7,6 — 6,4 — 10,1 — 3,7 Pc.

Vom gen. Board of. com. wurden 1896 beurlaubt 148 Kranke. Von diesen wurden schliesslich 22 als genesen entlassen, 12 weitere, deren Urlaub beendet war, blieben in ihrer Familie, 38 wurden in die Asyle zurückgeschickt, 1 starb und 75 waren am Schluss des Jahres noch auf Urlaub. Dieser Urlaub wird bis zu 1 Jahr bewilligt innerhalb dessen die Kranken ohne die Kosten der Aufnahme-Order des Sheriffs wieder aufgenommen werden können. Ausserdem machen die Anstalts-Direktoren (Superintendenten noch) z. Th. reichlich, von ihrer Befugniss Gebrauch, einen Urlaub bis zu 28 Tagen zu bewilligen.

Der Wärterwechsel i. J. 1896 betrug 663, 43 mehr als im J. vorher, und 91 mehr als im Durchschnitt der letzten 10 J. 484 Wärter traten freiwillig aus, 39 ferner wegen schlechter Gesundheit, 7 starben, 9 gingen einfach fort, 35 wurden wegen Unfähigkeit entlassen und 89 wegen schlechter Führung. Im letzten Fall wird der Name des Wärters dem Board berichtet, der bei etwaigem Wiedereintritt des Wärters dem betreff. Direktor Mittheilung macht. Um mehr bleibendes Wartpersonal zu erzielen, wird empfohlen mehr Lohn und Komfort und Vermehrung der Zahl von verheiratheten Wärtern und dazu Errichtung von Wärterhäusern in unmittelbarer Nähe oder etwas entfernter von den Anstalten.

Ausgeführte Fluchtversuche fanden 180 statt. Von diesen Kr. wurden 93 innerhalb 24 Stunden zurückgebracht, 55 innerhalb 1 Woche, 12 nach 1 Woche, 20 waren noch abwesend nach 28 Tagen, nach welcher Zeit die Erlaubniss der Detinirung erloschen ist.

Unfälle kamen 100 vor, von denen 18 tödtlich endeten, darunter 12 Selbstmorde. Von den 6 übrigen endeten 4 durch Erstickung im Bett während eines Anfalls, 1 durch Angriff eines Mitkranken, 1 durch Verletzung, wahrscheinlich in einem Kampf mit einem Wärter. Der letztere wurde verhaftet, die Anklage hatte keinen Erfolg. Ausserdem fanden 41 mal Knochenbrüche und Verrenkungen statt, veranlasst 20 mal durch

Fall oder zufällige Selbstverletzung, 18 mal durch Streit mit Mitkranken oder Wärtern. Ausserdem fanden noch 17 mal Kopf- und 22 mal andere leichte Verletzungen statt.

Es folgt eine Tabelle über das Schicksal der 1319 Kr., welche zum 1. mal im J. 1868 aufgenommen wurden, nach den einzelnen Jahrgängen. Die Zahl der Wiederaufnahmen, der genesen, ungenesen Entlassenen und der Gestorbenen. In den 7 ersten 2 Jahren genesen 514 = 39 Pc., in den folgenden 27 Jahren noch 312. Nimmt man die 1. und wiederholten Aufn. zusammen, so genasen von dieser Gesammtzahl in den ersten 2 J. 36 Pc. in den folgenden 27 J. noch 17 Pc. Diese, sowie noch andere angestellte Berechnungen bringen keine hinreichende Klarheit, die sich nur durch Beziehung auf die behandelten Personen ergeben könnte.

Die Schlussfolgerungen aus den Todesfällen sind sicherer. Im 1. Jahr starben 25 Pc. vom durchschnittl. Bestand, im 2. J. 13, im 3. J. 12, im 4. J. 11 Pc., nach 4 Jahren durchschnittlich jährlich 5 Pc. Dies Resultat ist wichtig bez. Vergleichung der Sterblichkeit verschiedener Anstalten. Während der letzten 25 Jahren hielten sich die Wiederaufnahmen einers., und die Entlassungen als genesen und ungenesen denrerseits das Gleichgewicht, so dass die Abnahme des Bestandes nur durch die Todesfälle erfolgte. Ende 1896 waren von den 1319 ersten Aufn. von 1868 noch 107 im Bestande.

Es folgen dann die Berichte der medicinischen Commissioners über die einzelnen Anstalten, welche die Befunde bei deren statutenmässiger Visitirung darstellen. Ueber die verschiedenen Arten von Anstalten ist Folgendes zu bemerken:

Die Königlichen (royal or chartered) Asyle bestanden bereits vor der Irrengesetzgebung von 1857. Es sind 7. 5 waren errichtet aus Legaten, Subscriptionen, Donationen, ferner aus Beiträgen aus Gemeindequellen. Die 2 anderen waren von Wohlthätern errichtet, deren Namen (Crichton, Murray) sie tragen. Alle 7 Asyle nahmen vor 1857 Arme und Privatkr. auf, 2 von ihnen bald nach jenem Gesetze nur Privatkr.

Die 15 Distriktsasyle sind in Folge des Lun. Act. von 1857 geschaffen aus Grafschafts- und Gemeinde-Steuern, für arme Gstkr. der betreff. Bezirke.

Die 5 Privatanstalten nehmen nur Privatkr. auf.

Die 6 Gemeinde (parochial) Asyle sind aus den Armensteuern der betreff. Gemeinden errichtet. Sie sind eigentlich nur Irrenabtheilungen der Armenhäuser, welche vom Board die Licenz haben, alle Arten von Gstkr. aufzunehmen, heilbare, gefährliche, unheilbare, harmlose. Ihre Zahl soll reducirt werden, es werden keine neuen bewilligt.

Die Irrenabtheilungen der Armenhäuser sind von letzteren getrennt,

bestimmt zur Aufnahme von armen, unheilbaren, ungefährlichen Gstkr. Es giebt 15.

Die beiden Idioten-Anstalten zu Larbert und Baldovan sind Wohlthätigkeitsanstalten, errichtet durch freiwillige Subscriptionen. Die Irrenabtheilung des allgemeinen Gefängnisses zu Perth ist für gstkr. Gefangene und Verbrecher und für solche, die in der Voruntersuchung oder Gerichtsverhandlung gstkr. befunden sind und zurückgehalten werden during her Majesty's pleasure.

Die Tabellen und genauen Ausführungen über alle Anstalten können nicht mitgetheilt werden, nur einige Bemerkungen, die bei der Lektüre besonders auffallen, mögen folgen. Etwas heimathlich muthet an ein Vorgang bez. des Crichton royal As., das im Uebrigen sehr gelobt wird, Im August lief ein Brief ein von einem ehemaligen Kranken der Anstalt, der Anklagen gegen dieselbe enthielt, von Grausamkeit gegen die Kr. von Seiten der Wärter, ungenügende Ernährung und Kleidung, Schlaffheit der Verwaltung, Ueberfüllung und mangelhafte innere Einrichtungen. Die eingehende Untersuchung der medicinischen Mitglieder der commissioners stellte fest, dass die Anklagen vollständig unbegründet waren mit Ausnahme einer Schlaffheit der Aufsicht nach gewissen Richtungen hin, die gerügt wurde. — Im Dundee roy. As. ist bei einem Bestande von 479 Kr. erst jetzt ein 2. Assistenzarzt angestellt. — Im Edinburg roy. As. sind 238 Personen angestellt, mehr als 1 auf 4 Kranke. Diese Anstalt verpflegte 77 Privatkr. zu einem Jahressatze von 28 Pfund (M. 560). Sie hat wohlthätige Fonds um das Pflegegeld von gebildeten Kranken in beschränkten Verhältnissen zu ermässigen. Das Glasgow roy. As. verpflegte in dieser Weise 193 Kranke zu und unter 40 Pf. (800 M.) — Im Fife etc Districts-Asyl hat man auf der Abtheilung für körperlich kranke M. weibliche Wärter angestellt, zur Zufriedenheit der Kranken und der Wärterinnen. — In Perth District As. wird die Einführung vollständig ausgebildeter Hospital-Wärterinnen auf die weibliche Abtheilung sehr empfohlen. — Die vorhandenen 5 Privatanstalten haben nur einen Bestand von 51 M. und 86 Fr. In der von Saughton Hall (64 Kr.) sind die Thüren offen. — Im Paisley Gemeinde As. wird auf die Nothwendigkeit hingewiesen, einen Nachtwärter anzustellen bei Aufnahme frischer und akuter Fälle. Die gegenwärtige Einrichtung, einen Wärter hierzu von der Tagesarbeit zu entbinden, wird als nicht befriedigend bezeichnet. Eine Nachtwärterin ist schon angestellt. — Bei den Irrenabtheilungen der Armenhäuser wird vielfach die gute Ernährung und Kleidung, die Grösse, Reinlichkeit, Ausstattung der Tages- und Nachträume, Gelegenheit zur Beschäftigung etc. hervorgehoben. — In der Idiotenanstalt Baldovan ist ein weiblicher Direktor (superintendent) angestellt, unter Aufsicht des Dr. Greig, was sehr erfolgreich sein soll — In der Irrenabtheilung des allg. Gefängnisses zu Perth waren 31.

Dec. 1896: 62. Hier wird auch systematisch interessirende und nützliche Arbeit gepflegt.

Den Kranken in Familienpflege wird eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Das Land ist in 2 Bezirke eingetheilt, und jeder Bezirk einem Mitgliede einer 2 gliedrigen Deputation von Com. zugetheilt, der jeden Kranken ein oder mehrere mal im Jahr besucht und eingehenden Bericht erstattet. — Alle Privatkranke in Irrenanstalten stehen unter Aufsicht des Board. Alle armen Gstkr., mögen sie in Anstalten oder Privatwohnungen sein, werden dem Board angezeigt, kommen aufs Register und stehen unter Aufsicht. Ein Privat- (nicht armer) Gstkr. in Privatpflege kommt nur dann unter Aufsicht des Board, wenn er wegen Gewinn gehalten wird, wenn nicht der Fall akut und sein Aufenthalt nicht 6 Monate übersteigt — oder wenn der Kranke länger als 1 Jahr krank ist und er irgend einem Zwangsverfahren oder harter und grausamer Behandlung unterworfen wird — oder wenn er Eigenthum besitzt und unter Vormundschaft gestellt ist. Es wird nicht für wünschenswerth gehalten, dass irgend eine Klasse von Personen unter officielle Aufsicht gestellt wird, wenn es nicht nothwendig erscheint, um gegen Missbrauch zu schützen.

Die Zahl der Privatgstkr. unter Privatpflege mit Genehmigung des Board betrug am 1. Jan. 1897: 113. Unter diesen befanden sich 45 unter Vormundschaft wegen ihres Vermögens. — Die Zahl der armen Gstkr. in Familienpflege betrug am 1. Jan. 1897: 2667 (gegen 2700 im Vorjahr). Von diesen waren 1009 bei Verwandten untergebracht, 1658 bei Andern. Von den letzten waren ungefähr $^2/_3$ bei Pflegern, welche eine Licenz für 2,3 oder 4 Kranke hatten. Die Pfleger mit nur 1 Kr. bedürfen keiner Licenz. — Der Zuwachs der Familienverpflegten im J. betrug 252. Von diesen waren 116 ursprünglich in Privatpflege und blieben darin, 136 kamen aus Asylen. Es schieden aus 30 als genesen, 27 wurden von ihren Verwandten von der Armenrolle entfernt, 116 siedelten in Asyle über, 110 starben — 4,1 Pc. — Die Abnahme im Bestande wird zurückgeführt auf die vom Board bewirkten Einschränkungen der Licenzen für mehr als 2 Kranke, und der Anhäufung von Kr. in bestimmten Lokalitäten. Sie wird für vorübergehend gehalten.

Der Familienpflege werden wieder nach allen Seiten reichliche Lobsprüche gespendet. Wo 3 oder 4 Kr. in 1 Familie untergebracht sind, werden schon Missstände erwähnt. Am öftesten kommen solche vor bei Unterbringung bei Verwandten. Aus missverstandener Liebe, um Störungen aus dem Wege zu gehen, wird den Kranken gestattet, üble Gewohnheiten anzunehmen, beständig im Bett zu bleiben, die Reinlichkeit zu vernachlässigen. Die Angehörigen verzichten oft lieber auf die Armenunterstützung, leiden Hunger mit dem Kr., als dass sie sich von ihm trennen.

Eine grössere Ausführung ist wieder der Unterbringung der gebildeten Kranken gewidmet, welche die hohen Pflegesätze der Königl. und der Privatanstalten nicht bezahlen können. Man ist befriedigt darüber, dass Privatanstalten mit geringen Pflegesätzen in Schottland fast aussterben. Es wird gerathen, in Distrikts-Asylen besondere Abtheilungen herzustellen mit etwas höheren Pflegesätzen, als für die Armen bezahlt werden, entsprechend dem höhern, durch diese Kr. veranlassten Aufwand.

Im J. 1896 wurde ausgegeben für die Verpflegung armer Gstkr. pro Kopf jährlich, in Asylen (d. h. Königlichen, Distrikts-, Gemeinde-Asylen und Idiotenanstalten) 503 M., in Irrenabtheilungen der Armenhäuser 355 M., in Familienpflege 333 M., durchschnittlich 469 M. In den Königl. etc Asylen und Armenhäusern haben sich die Jahreskosten seit 1859 die ersten 20 J. vermehrt, dann sind sie etwas gefallen, angeblich wegen geringerer Preise für Nahrung und Kleidung. Die Kosten für Kranke in Familienpflege sind seit 1859 fortwährend gestiegen, fast auf das Doppelte. Der Grund ist, weil früher mehr Kranke bei Verwandten untergebracht waren, wo weniger für sie bezahlt wurde, und dann, weil jetzt sowohl für bei Verwandten als Nicht-Verwandten Untergebrachten mehr bezahlt wird.

Als gemeingefährliche Kranke wurden 1896 auf Betreiben des Staatsanwalts 10 Fälle aufgenommen. Diese unterscheiden sich nur durch einen Zufall in ihrer Geschichte von den gewöhnlichen Kranken. Sie können, wenn sie nicht vollständig genesen sind, nur mit Schwierigkeiten entlassen werden. Vorgezogen wird daher in den meisten Fällen ein anderes Vorgehen, dass nämlich der Armen-Inspector oder eine andere interessirte Person Vorkehrungen zur sicheren Bewachung des Kranken trifft, welche dem Scheriff (Polizeibehörde) als genügend erscheinen. Als solche gilt die Verpflichtung, den Kranken auf Befehl des Scheriffs in eine Anstalt zu bringen. Dann wird der Patient als ein gewöhnlicher Kranker behandelt.

Ende 1896 waren laut officieller Anzeige 826 Personen unter gerichtlicher Vormundschaft wegen ihrer geistigen Unfähigkeit, ihre eignen Angelegenheiten zu verwalten. Von diesen waren 503 in Asylen in Schottland, 273 in Familienpflege in Schottland, 50 ausserhalb Schottland. Die in Schottland Wohnenden wurden mit wenigen Ausnahmen von der Com. besucht.

Pitcairne. Detection of insanity in prisons. (Journal of mental Science, Jan.)

In gewöhnlichen Gefängnissen, die Verurtheilte enthalten, ist oft die Entdeckung der Gstkht. mangelhaft, weil der Gefängnissarzt nicht

die nöthigen psychiatrischen Kenntnisse hat, weil ihn das grosse Materia. körperlicher Krankheit überwältigt, weil er die Fälle nur zu kurze Zeit sieht, und weil er kein für psychische Krankheiten geschultes Aufsichtspersonal hat, welches die psychischen Abnormitäten nicht sieht oder im Sinne verbrecherischer Eigenthümlichkeiten deutet.

Mit den Untersuchungsgefangenen steht es anders. Da sie nur wegen der sicheren Bewachung detinirt werden, so können sie täglich Besuche von ihren Freunden und gesetzlichen Rathgebern empfangen, Briefe schreiben und erhalten, überhaupt mit der äussern Welt in Beziehung bleiben. Die psychische Untersuchung ist daher gegen Jene wesentlich erleichtert.

London hat gegenwärtig 4 Gefängnisse, 3 mit einem durchschnittlichen Bestand von ungefähr je 1000, und Halloway, an dem Verf. seit mehreren Jahren Arzt ist, mit 700 Gefangenen. Alle Untersuchungsgefangenen kommen nach Halloway, und sie werden dann in die andern Gefängnisse, welche nur Verurtheilte enthalten, vertheilt.

Zweck dieser Arbeit des Verf. ist, die Maassregeln anzugeben, die verhüten sollen, dass irgend ein Fall von Gstkht bei den Untersuchungsgefangenen in Halloway unentdeckt bleibe.

Zunächst, wenn eine Behörde, auf deren Verhaftsbefehl eine Person ins Gefängniss gesetzt ist, irgend eine Nachricht oder die Meinung hat, dass Umstände in dem Fall oder in dem Verhalten des Gefangenen liegen, welche seine geistige Gesundheit in Frage stellen, so versieht sie den Verhaftsbefehl mit einer Bemerkung, welche die Aufmerksamkeit des Gefängnissarztes auf den Fall lenkt. Der Gefangene wird darum von seiner Ankunft an unter sorgfältige Beobachtung gestellt, ist der Gegenstand wiederholter Untersuchungen, detaillirter schriftlicher Bemerkungen, welche aufbewahrt werden. Nach Verlauf eines Zeitraums, der selten eine Woche überschreitet, wird der Gefangene der Behörde wieder vorgeführt mit einem Bericht über seinen geistigen Zustand auf Grund der Beobachtung.

Tab. I giebt an, dass dieser zur Beobachtung und zum Bericht überwiesen wurden im Verlauf von 6 Jahren bis zum Ende März 1896 2862 Pers. (2014 M., 848 Fr.).

Es ist ein gewöhnliches Vorkommen, dass Verwandte oder Freunde eines Eingelieferten sich direct mit der Gefängnissbehörde in Verbindung setzen und über sein früheres geisteskrankes Verhalten Auskunft geben. Ferner machen die Aufseher in Halloway, welche nach langer Erfahrung die besonderen Symptome der Geisteskrankheiten wohl kennen und in dieser Hinsicht den Irrenanstaltswärtern gleichstehen, ihre Beobachtungen über auffallendes Verhalten der Gefangenen. Alle diese werden der obigen genaueren Beobachtung unterworfen, ebenso alle diejenigen, welche irgend eines schweren Verbrechens angeklagt sind.

Die Tab. II giebt als solche beobachtete, nicht speciell überwiesene Fälle für jene 6 Jahre an: 3061 Personen (1784 M., 1277 Fr.).

In den vorstehenden 2 Tabellen befand sich eine gewisse Zahl von Fällen mit Selbstmordversuchen. Nach der üblichen Praxis werden alle solche Fälle unter die beschriebene Beobachtung gestellt. Manche von ihnen leiden bei der Aufnahme noch an den Wirkungen von Gift, Wunden oder andern Verletzungen, während andere noch selbstmordsüchtig sind und sorgfältige Ueberwachung erfordern. Das von der Londoner Polizei-Behörde gewöhnlich befolgte Verfahren, selbstmordsüchtige Personen für eine Woche nach Halloway zu schicken, entspricht der Vorsicht. Der heilsame Zwang schreckt vor Wiederholung des Versuchs ab und die Beobachtung führt zur Entdeckung einer etwa vorhandenen Geisteskrankheit, worauf die Ueberführung in ein Asyl erfolgt. Die Tab. III giebt als solche Personen, die wegen Selbstmordversuch unter Beobachtung standen, in den 6 Jahren an: 2501 (M. 1251, Fr. 1250).

Wenn wegen der Schwere des Verbrechens oder aus andern Gründen ein Gefangener dem Central-Kriminal-Gerichtshof oder einer der 6 vierteljährigen Londoner Gerichtssitzungen überwiesen wird, bei dem Zweifel an seiner geistigen Gesundheit sich ergeben haben, so begleitet nach altem Gebrauch der Gefängnissarzt denselben und giebt dem Richter die nöthige Auskunft. Ebenso ist es alter Brauch, dass bei schweren Verbrechen der Schatzanwalt (Staatsanwalt (?)) dem Gefängnissarzt eine Abschrift der Zeugenaussagen zustellt. Dieser liefert dann einen Bericht über die Verantwortlichkeit des Gefangenen ein, die dann für den Fortgang des Processes angenommen wird. Die Zahl der Fälle, wo Gefangene mit schweren Verbrechen nach diesem Verfahren geisteskrank gefunden worden, betrug in den 6 Jahren nach Tab. IV 84 (61 M. 23 Fr.).

In den Fällen, wo ein Gefangener einem Gerichtshofe mit summarischem Verfahren als geisteskrank bezeichnet wird, sendet die Gerichtsbehörde ihn zum Arbeitshause, wo er als armer Geisteskranker behandelt wird. Nach den gewöhnlichen Formalitäten vor einem Richter wird er dann in das Distriktsasyl versetzt. Die Zahl der so in Halloway geisteskrank gefundenen Personen betrug in den 6 Jahren (nach Ausschluss derer in Tab. IV) nach Tab. V 1434 (1047 M. 387 Fr.).

Es fanden sich durchschnittlich täglich unter Beobachtung 4 frische Fälle. Besonders vertreten waren akute Geistesstörungen, alcoholische oder Mord-Manie, Melancholie mit aktiver Selbstmordtendenz und die mehr agressiven Formen der allgemeinen Paralyse.

Gorschkow, Ja. P., Die Erkrankung und Sterblichkeit in der russischen Armee in Folge von Erkrankung des Nerven-

systems. Fragen aus der Neurol. Psychiatrischen Medicin. Jahrgang 2. Heft 1. Kiew 1897.

Verfasser setzt voraus, dass die statistische Forschung über die Erkrankungen in der Armee, welche aus gesunden Individuen gleichen Alters, welche alle unter fast gleichen Bedingungen leben und thätig sind, dazu beitragen könne, um die individuellen Ursachen der Erkrankung in ein klareres Licht zu stellen, d. h. die Aetiologie der Erkrankungen mehr aufzudecken.

Das Material zu diesen Forschungen gaben ihm die officiellen Berichte über den Gesundheitszustand der russischen Armee während der Jahre 1890—95, ganz besonders aber das Jahr 1893. Die Schlüsse, zu denen *G.* gelangt, bezieht er nur auf die Soldaten, deren Zahl 937471 betrug, die besonders gezählten 38079 Officiere der Armee sind in seine Forschung nicht mit eingeschlossen.

Die Erkrankung des Nervensystems bildet in dem Bericht die VI. Gruppe und umfasst die Nr. von 100—114.

Laufende Nr.	Bezeichnung der Erkrankungen	Bestand 1. Jan. 93	Erkrank. 1893	Genesen	Untauglich zum Dienst	Gestorben	Verblieben	Von 1000 Soldaten			
								Erkrankungen	Untaugl. z. Dienst.	Gestorben	‰ Erkrankte d. Nept.
100	Hyperemie des Gehirns und Rücken-M. u. d. Häute	5	93	84	4	7	3	0,10	0,01	0,01	34.75
101	Commotio cerebri	4	53	35	5	10	7	0,07	0,01	0,01	19,19
102	Bluterguss und Embolie im Geh., Rü.-M. u. der. Häute (Ausschl v. Hemi u. Parapl.)	6	50	24	11	18	3	0,06	0,01	0,01	18,17
103	Acute Entzünd. d. Gehirns u. d. Häute	13	247	40	12	129	9	0,31	0,01	0,22	89,65
104	Acute Entz. d. Rück.-Marks u. d. Häute	1	27	4	7	11	6	0,03	0,01	0,01	9,82
105	Chron. Erkrank. d. Gehirns u. d. Häute	5	47	15	8	26	3	0,05	0,01	0,01	18,06
106	Chron. Erkr. d. Rück.-Marks u. d. Häute	5	36	10	20	5	6	0,04	0,02	0.01	14,07
107	Tetanus und Trismus	2	15	9	1	6	1	0,01	0,01	0,01	6,46
108	Epilepsie	32	355	173	165	6	43	0,42	0,19	0,01	129,83
109	Chorea. Eklampsie. Katalepsie, Hysterie	9	85	52	33	—	9	0,08	0.03	—	31,86
110	Neuriten	11	105	95	13	—	8	0,11	0,01	—	39,16
111	Neuralgie. Hyper u. Anaesthesie	64	1088	1066	43	1	42	1,21	0,04	0,01	387,53
112	Peripherische Paralysen u. Paresen	24	189	112	66	8	27	0,20	0,07	0,01	68,62
113	Psychosen	98	346	125	288	8	83	0,39	0,25	0,01	125,54
114	Neoplasmen u. Parasiten	—	20	13	3	3	1	0,02	0,01	0,01	7,29
	Erkrankungen des ganzen Nervensystems	279	2756	1857	619	310	251	3,10	0,69	0,34	1000,0
	Darunter nur Nervenkrankheiten	181	2410	1732	392	300	168	2,61	0,44	6,33	
IV. Grp.	Alcoholintoxicationen	—	55	—	1	2	—	0,07	0,001	0,002	

Vergleicht man die allgemeine Erkrankung in der Armee mit den Erkrankungen des ganzen Nervensystems, so findet man, dass an letzterem nur 2756 Personen erkrankten, das ist 3,1 ‰. Die meisten Erkrankungen gehören den acuten Infectionskrankheiten an und zwar 109,3 ‰; die wenigsten den Intoxicationen 0,1 ‰. Die Erkrankungen des Nervensystems geben gegen 8 ‰ genau 7,77 ‰ aller Erkrankungen in der Armee. Als untauglich zum Dienst wegen Erkrankung des Nervensystems wurden 619 d. h. 0,69 ‰ entlassen, wegen Erkrankung der Athmungsorgane 9,04 ‰ das Maximum. Durch Tod bei Erkrankung des Nervensystems gingen ab 308 d. h. 0,34 ‰, während die Athmungsorgane 2,51 ‰ hinrafften.

Der Militärdienst disponirt zu Nervenkrankheiten. Die Zahl aller Nervenkranken betrug im Jahr: 2410 Personen, was 6,80 von 1000 aller Erkrankten ausmacht; die allgemeine Zahl der neuerkrankten Geisteskranken betrug im Jahre 346 oder 0,97 ‰ aller Erkrankungen und 125,54 von 1000 Erkrankungen des Nervensystems im allgemeinen. Auf diese Art bilden die eigentlichen Nervenkrankheiten fast $^4/_5$ aller Erkrankungen des ganzen Nervensystems, die Psychosen dagegen nur $^1/_5$.

Der Häufigkeit nach erkrankten von 1000 Soldaten an:

Neuralgie, Hyper- u. Anaesthesie	387,53	von allen Erkrankung.	3,07
Epilepsie	129,83	„ „ „	1,01
Psychosen	125,54	„ „ „	0,97
Acute Gehirnentzündung u. d. Häute	89,65	„ „ „	0,69
Periphere Paralysen und Paresen	68,62	„ „ „	0,54
Neuriten	39,16	„ „ „	0,29
Hyperaemie des Geh., Rücken-Marks u. deren Häute	34,75	„ „ „	0,26
Chorea, Eklampsie, Hysterie u. Catalepsie	31,86	„ „ „	0,25
Commotio cerebri	19,19	„ „ „	0,14
Apoplexien u. Embolien des Gehirns u. Rücken-Marks u. d. Häute	18,17	„ „ „	0.14
Chron. Erkr. d. Gehirns u. d. Häute	18,06	„ „ „	0,13
Chron. Erkr. d. Rücken-M. u. d. Häute	14,07	„ „ „	0,11
Acute Erkr. d. Rücken-M. u. d. Häute	9,82	„ „ „	0,08
Neoplasmata und Parasiten	7,29	„ „ „	0,05
Tetanus u. Trismus	6,46	„ „ „	0,04
Summa	1000,00	„ „ „	7,77

Hieraus ergiebt sich, dass die functionellen Neurosen mit 1088 Personen die erste Stelle einnehmen, sie allein geben $^1/_3$ aller Erkrankungen des Nervensystems; 387,53 von 1000 Erkrankungen des Nervensystems

und 3,07 von 1000 Erkrankungen im allgemeinen. Ueberwiegend unter den Neuralgien ist die Ischias.

Die zweite Stelle mit 355 Erkrankungen und zwar 129,83‰ der Erkrankungen des Nervensystems und 1,01‰ aller Erkrankungen nimmt die Epilepsie ein, und sie giebt $^1/_8$ aller Erkrankungen des Nervensystems. Hier jedoch muss bemerkt werden, dass der grösste Teil der Soldaten dies Leiden von Hause mitbringt und nur sehr wenige dieselbe im Militär aquiriren.

Zur Entstehung der Psychosen giebt der Militärdienst einen sehr günstigen Boden; nicht wenig tragen hierzu bei die Anforderungen, welche die Disciplin an den jungen Soldaten stellt, körperliche Ueberanstrengung, Heimweh u. s. w. Bei den Soldaten gehören die Melancholie und die Depressions-Zustände zu den häufigsten Erscheinungen. Angeborener Schwachsinn, neuropathische und erbliche Veranlagung werden eider sehr oft beobachtet. Diese Zustände werden leider fast immer von Hause mitgebracht; aber abgesehen davon bleibt dennoch die Zahl der psychischen Erkrankungen eine sehr bedeutende, wenn wir in Betracht ziehen, dass die Armee aus kräftigen, jungen und gesunden Menschen besteht.

Aber auch die acute Entzündung des Gehirns und seiner Häute (247 Fälle) gehören nicht zu den Seltenheiten in der Armee: 89,65‰ aller Erkrankungen des Nervensystems und 0,69‰ aller Erkrankungen. Die Traumen, Infections- und Ohrenkrankheiten mit ihren überwiegenden Zahlen tragen wohl auch nicht wenig zu dem Entstehen der Psychosen und Neurosen in der Armee bei. Ganz besonders aber gehören zu den Ursachen der Krankheiten die physischen Anstrengungen, schwere Märsche, moralische Anspannung durch dienstliche Verantwortlichkeit u.s.w.

Ganz dasselbe bezieht sich auch auf die anderen Nervenkrankheiten wie z. B. die peripherischen Paralysen und Paresen, die Blutüberfüllung des Gehirns, Rückenmarkes und deren Häute, die anderen Gruppen der Neurosen, der Hysterie, Gehirnerschütterung (besonders in der Cavallerie) u. s. w. Am seltensten jedoch beobachtet man Trismus und Tetanus.

Was die Sterblichkeit infolge der Erkrankung des Nervensystems anbelangt, so geben den höchsten Procentsatz die acute Entzündung des Gehirns und dessen Häute 79,3, die chronische Entzündung desselben Organs und dessen Häute 53,0 und die acute Entzündung des Rückenmarkes 50,0‰, die niedrigsten die Psychosen 2,21, die Neuralgien, Hyper- und Anaesthesien 0,09, und die Chorea, Hysterie und Neuriten 0,0‰. Alle Erkrankungen des Nervensystems zusammen genommen geben annähernd eine Sterblichkeit von 0,01‰ Soldaten.

Als untauglich zum weiteren Militärdienst in Folge von Erkrankung des Nervensystems nehmen die Psychosen mit 0,25 ‰ die erste Stelle ein; hierauf folgt gleich die Epilepsie mit 0,19 ‰, alle übrigen betheiligen sich nur in sehr geringer Zahl an der Entlassung aus dem Dienst. Zu den Krankheiten, welche ausserordentlich zu den Erkrankungen des Nervensystems disponiren, gehören oben an die acuten Infectionskrankheiten (109,3 ‰). Nach Syphilis ist die Erkrankung der jungen Soldaten 13,4 ‰, und zwar nach primärer, während des Dienstes erworbener 3,2 ‰, nach secundärer und tertiärer, grösstentheils von Hause mitgebrachter 10,2 ‰. Besonders viel Syphilitiker kommen aus dem Gouvernement Wjatka.

Was die verschiedenen Truppenkörper anbelangt, so verhalten sich in denselben die Erkrankungen des Nervensystems und der Sterblichkeit folgendermassen:

Bei der Cavallerie	von 1000 Mann Erkrankte	2,4	entlassen	0,6	Tod	0,30
„ „ Infanterie	„ „ „ „	2,9	„	0,7	„	0,32
„ „ Artillerie	„ „ „ „	3,4	„	0,6	„	0,50
„ dem Ingen.-Corps	„ „ „ „	2,7	„	0,5	„	0,40
„ „ Kosakenregt.	„ „ „ „	3,6	„	0,6	„	0,40
In anderen Theilen	„ „ „ „	5,3	„	0,7	„	0,30
Summa	Erkrankte	3,1	entlassen	0,69	Tod	0,34

Verfasser specificirt dann die einzelnen Truppenkörper, so z. B. die Cavallerie als Garde-Cavallerie, Cavallerie-Regimenter und zwar Dragoner, Kosaken, Cavallerie-Reserve, Gendarmerie etc. und weisst in denselben die Erkrankung, Dienstuntauglichkeit und Sterblichkeit nach. Ich fürchte, dass diese Einzelheiten mich zu weit führen würden und glaube sie deshalb übergehen zu dürfen.

Von noch grösserem Interesse dürfte die Erkrankung, Dienstuntauglichkeit und Sterblichkeit in den einzelnen Militärbezirken, deren 15 bestehen, sein; der bequemeren Uebersicht füge ich umstehende Tabelle an, in welcher die absoluten Zahlen und Procentverhältnisse für alle Erkrankungen des Nervensystems im allgemeinen und der Psychosen im besonderen angegeben sind, wie auch das ‰ Verhältniss der als untauglich zum weiteren Dienste Befundenen. Der leichteren Vergleichung halber auch das ‰ Verhältniss aller in der Armee Erkrankten und Gestorbenen und endlich der in den einzelnen Bezirken stationirten Militär-Einheiten. Als besondere Abtheilung, Militär-Einheit, versteht der Verfasser das Regiment, Infanterie, Cavallerie etc.

Militär-Bezirke.	Erkrankung des Nervensystems				Dazugehörende Psychosen				Nur Nerven erkrkt.	Alle Arten Krankheit		Zahl der Militär-Einheiten.
	Absolute Zahl		‰ auf 1000		Absol. Zahl		‰ auf 1000		Auf 1000 der Militärliste			
	Erkrank.	Gestorben	Erkrank.	Gestorben	Erkrank.	Gestorben	Erkrank.	Gestorben	Untaugl. z. Dienst	Erkrank.	Gestorben	
Petersburger	259	29	3,4	0,38	55	4	0,7	0,05	0,9	297,9	7,91	69
Finnländische	32	2	3,4	0,22	4	—	0,4	—	0,9	366,9	3,12	9
Wilnaer	269	40	2,1	0,32	37	—	0,3	—	0,7	312,2	5,10	94
Warschauer	473	73	2,5	0,39	93	1	0,5	0,01	0,8	279,5	7,41	120
Kiewsche	355	39	2,9	0,31	36	—	0,3	—	0,6	359,6	5,86	91
Odessaer	157	23	2,2	0,32	15	—	0,2	—	0;6	302,0	4,64	54
Moskauer	301	38	3,7	0,47	33	3	0,4	0,04	0,6	427,6	6,53	66
Kasansche	75	4	3,6	0,19	14	—	0,7	—	0,5	504,9	5,56	24
Kaukasische	432	43	4,4	0,43	27	—	0,3	—	0,8	616,9	6,98	83
Turkestansche	145	5	4,6	0,16	14	—	0,4	—	0,9	1140,8	7,10	34
Omskische	73	3	4,0	0,16	5	—	0,3	—	0,6	513,1	5,77	19
Irkutskische	42	1	15,3	0,36	—	—	—	—	0,7	727,2	6,19	2
Amursche	89	3	2,9	0,10	7	—	0,2	—	0,3	254,7	4,44	27
Transkaspische	33	4	2,7	0,33	4	—	0,3	—	0,2	619,0	11,61	13
Donsche	21	1	6,7	0,32	2	—	0,6	—	1,0	462,3	5,09	4
15 Bezirke Summa	2757	308	3,1	0,34	346	8	0,39	0,10	0,69	396,2	6,35	709

Die grösste Erkrankung des Nervensystems wurde im Irkutskischen Bezirke 15,3‰, die geringste im Wilnaschen 2,1‰ beobachtet; die grösste Sterblichkeit im Moskauer 0,47‰, die geringste im Amurschen 0,10‰, die grösste Zahl der Dienstuntauglichen im Donschen 1,0‰, die geringste im Transkaspischen 0,2‰, die grösste Erkrankung im allgemeinen im Turkestanschen 1140,8‰, die geringste im Amur-Bezirk mit 254,7‰.

Die Tabelle zeigt, dass zwischen der Allgemeinerkrankung und der des Nervensystems ein gewisser Parallelismus besteht insofern, als die grössere Erkrankung des Nervensystems mit der grösseren Allgemeinerkrankung zusammenfällt. Ein ganz ähnlicher Parallelismus besteht auch in der Sterblichkeit. Eine grössere Anhäufung von Militär in den einzelnen Bezirken verursacht auch bedingungsweise eine grössere Sterblichkeit, es darf also angenommen werden, dass dadurch die hygienischen Bedingungen weniger günstig sich gestalten.

Die Frage über plötzliche Todesfälle und ganz besonders die durch Selbstmord ist vom psychiatrischen Standpunkt nicht ohne Bedeutung, und auch auf diese Frage giebt der Sanitätsbericht der Armee Aufklärung.

1. Plötzlicher Tod in Folge Erkrankung des Nervensystems wurde in 49 Fällen beobachtet und zwar:

Gehirnödem	4 mal	Commotio cerebri	1 mal
Gehirnapoplexie	13 „	Encephalitis	7 „
Chronische Gehirnleiden	4 „	Epilepsie	1 „
Neubildung im Gehirn	4 „	Insolatio	13 „
Alcoholvergiftung	2 „		

2. In Folge anderer somatischer Leiden 105 mal.
3. Verschiedenartige Unglücksfälle 246 mal.
4. An Selbstmord 128 mal und zwar:

durch Erhängen	41 mal.	durch Erschiessen	61 mal.
„ Vergiften	10 „	„ Schnitt	4 „
„ Eisenbahnzüge	2 „	„ Ertrinken	6 „
„ Erdrosseln	2 „	„ Erstechen	1 „

Die Gesammtzahl plötzlicher Todesfälle in der Armee betrug 528, was also auf 1000 Personen der Militärliste (1893) 0,56 giebt.

Auf 100 Fälle von plötzlichem Tode kommen daher auf unvorhergesehene Unglücksfälle 46,8 allgemeine Erkrankungen, 29,0, Erkrankung des Nervensystems 9,2, Selbstmord 24, 1.

Was die einzelnen Militärbezirke anbelangt, so ist in denselben der Selbstmord proportionirt zu der Zahl des Militärs, welches in denselben stationirt ist.

Die grösste Zahl der Sterbefälle im allgemeinen, wie auch der plötzlichen Todesfälle, kommen auf die ersten zwei Dienstjahre und zwar für das erste Jahr $^1/_3$, für das zweite $^1/_4$ aller Todesfälle, in den folgenden Jahren nimmt sie bedeutend ab und erlangt im fünften Jahre (dem letzten) ihr Minimum.

Erwähnen möchte ich hier noch, dass, wenn wir den Selbstmord in der allgemeinen Bevölkerung mit dem im Militär vergleichen, es sich zeigt, dass auf 1 Million der Bevölkerung nur 30 fallen, während auf dieselbe Zahl im Militär 152 kommen, also fast 5 mal mehr.

Aber auch ein Vergleich der Sterblichkeit der allgemeinen Bevölkerung mit der im Militär giebt eigenartige Verhältnisse; zu diesem Zwecke benutzte der Verfasser die gegebenen Data aus dem Jahre 1893.

Vergleiche der Sterblichkeit im Jahre 1893.

	In der Armee:		In der Bevölkerung:	
1. Geistesstörung	3,7 %	37,03 ‰	9,2 %	92,12 ‰
2. Epilepsie	2,7 „	27,02 „	5,7 „	57,50 „
3. Neurosen und Krämpfe	0,3 „	3,00 „	0,60 „	6,19 „
4. Gehirnentzündung	55,2 „	552,51 „	43,8 „	438,49 „
5. Rückenmarkentzündung	38,0 „	380,95 „	12,5 „	125,31 „
6. Tetanus	37,5 „	375,00 „	44,0 „	440,36 „
7. Apoplexie und Paralyse	13,5 „	135,41 „	18,5 „	185,33 „

Weiter führt Verfasser an, welches Verhältniss der Erkrankungen des Nervensystems beobachtet wird, bei den

neuaufzunehmenden Rekruten		den Soldaten	
im Verhältniss auf je 1000 Personen			
1. Psychisch Kranke	1,47.	Psychisch Kranke	0,39.
2. Epilepsie	0,33.	Epilepsie	0,42.
3. Apoplexie und Paralyse	0,25.	Apoplexie und Paralyse	0,80.
4. Neurosen u. Krampfzustände	0,14.	Neurosen und Krampfzustände	1,42.

Als Schlussbemerkung sagt er, dass es ein grosser Uebelstand sei, dass bei der Militär-Aushebung (Rekruten Commissionen) Militär- und Civilärzte beteiligt seien, dieser Dualismus verursache nicht nur häufige Missverständnisse, aber auch bedeutende Unkosten. Die Militärärzte stellen grössere, die Civilärzte geringere Anforderungen, da sie nur selten die Schwierigkeiten des Militärdienstes aus eigener Erfahrung kennen, wie auch, dass es gerade das Nervensystem sei, welches am leichtesten der Erkrankung ausgesetzt ist, und daher sollen die untersuchenden Aerzte durchaus genau mit den Krankheiten des Nervensystems und ganz besonders den psychischen Krankheiten vertraut sein.

Die Erfahrung aber lehrt, dass in der Armee gerade solche Personen an Psychosen und Neurosen erkranken, die sich durch kleinen Wuchs, unregelmässigen Körperbau, wie auch Degenerations-Zeichen und ein schwaches Nervensystem kennzeichnen. *A. v. Rothe.*

Norwegische Irrenanstalten. Aus den Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes Nr. 13. Jahrgang XXII.

Norwegen-Irrenanstalten. Nach Heft 273 der amtlichen statistischen Veröffentlichungen — Norges officielle Statistiek, Aredie raekkie No. 273 — waren in Norwegen während des Jahres 1894 elf Anstalten für Geisteskranke, einschl. des Criminalasyls zu Trondjem, in Wirksamkeit, welche Anstalten insgesammt 1549 Plätze hatten, jedoch im Jahresmittel von 1589 Irren täglich belegt waren. Die grösste Anstalt war das Staatsasyl bei Christiania zu Gaustad mit 330 Plätzen und einer mittleren Belegungsziffer von 341,5 im Berichtsjahre.

Zu einem Bestande bei Beginn des Jahres von 1581 wurden im Laufe desselben 771 Personen in die 11 Anstalten aufgenommen; 130 starben und 635 Namen sind in Abgang, sodass am Jahresschlusse ein Bestand von 1587 verblieb.

Unter den 2352 insgesammt in den 11 Anstalten verpflegten Personen befanden sich 25 nur zur Beobachtung aufgenommene, im Uebrigen litten u. a. 406 an Melancholie, 317 an Tobsucht (amentia) 133 an Blödsinn (amentia), und zwar litten an diesen 3 Krankheitsformen, ebenso wie an periodischem Wahnsinn mehr Frauen als Männer, dagegen sind

die 30 Fälle von Alcoholismus nur bei männlichen Personen beobachtet. Häufiger bei männlichen als bei weiblichen Personen waren die 759 Fälle von Schwachsinn (dementia), die 266 von Verrücktheit (paranoia), die von Idiotismus (81), allgemeiner Paralyse (60), organischem Gehirnleiden (5), von epileptischem Wahnsinn (55), hypochondrischem Wahnsinn (12) und von insania degenerativa (42), einer in den Ausweisen aus deutschen Anstalten in der Regel nicht genannten Krankheitsform. Als geheilt wurden 214 Personen entlassen, darunter 130 an Melancholie oder Manie behandelte, als ungeheilt schieden 217, als gebessert 186 aus.

Dem Lebensalter nach hatten von 759 Kranken, deren Alter angegeben ist, 48 das zwanzigste Lebensjahr noch nicht vollendet, 74 das sechszigste Lebensjahr überschritten; den äusseren Lebensverhältnissen nach gehörten von dem am Jahresschlusse verbliebenen Bestande 1397 zu den Armen oder Bedürftigen (fattige), 190 zur wohlhabenden Klasse.

Als Erkrankungsursache ist für 247 der Neuaufgenommenen lediglich erbliche Anlage, für 67 erbliche Anlage in Verbindung mit anderen Einflüssen, für 30 Trunksucht, für 29 Syphilis verzeichnet.

Als Todesursachen sind angegeben: in 24 Fällen Lungenschwindsucht, in 18 Tuberkulose, in 12 allgemeine Paralyse, in 11 croupöse Lungenentzündung, in 6 Krebs und Sarkom u. s. w.

Wegen anderweitiger Krankheiten wurden 240 Irre behandelt, davon 108 an Diarrhöe und Magendarmkatarrh.

Mc. Dowall. Die Geisteskrankheiten in Indien und ihre Behandlung Journal of mental science. October.

Indien ist so gross wie ganz Europa mit Ausschluss Russlands und hat eine Bevölkerung von etwa 300 Millionen Menschen. Drei Fünftel dieses grossen Reiches stehen unter directer britischer Verwaltung, die also auch für die Irrenanstalten zu sorgen hat. Nur 4311 Geisteskranke geniessen öffentliche Fürsorge, das ist 1 auf 70000. Da es doch wahrscheinlich in Indien wie in Grossbritannien 3 Geisteskranke auf 1000 Einwohner giebt, so muss man fragen: Was wird aus der grossen Zahl der anderen Geisteskranken? Viele ziehen umher und werden von der Bevölkerung freundlich behandelt. Von den Staaten der Eingeborenen, die zusammen 75 Millionen Einwohner haben, besitzt nur einer, Mysore (Maisur), eine Irrenanstalt, die seit 5 Jahren besteht und Ende 1890 eine Zahl von 189 Kranken, davon 26,6 Procent weiblichen Geschlechts, enthielt. In dem Theile von Indien, der unmittelbar unter englischer Verwaltung steht, giebt es 24 Irrenanstalten mit zusammen 4311 Kranken,

von denen 3437 männlich und 874 weiblich sind. Von verbrecherischen Kranken befinden sich darunter 1154. Das Ueberwiegen des männlichen Geschlechtes und der gefährlichen Kranken drängt zu der Annahme, dass in den meisten Fällen nicht die Absicht, den Kranken zu helfen, der Zweck der Aufnahme in die Irrenanstalt ist, sondern die Rücksicht auf die öffentliche Sicherheit. Unter den Eingeborenen ist der Glaube an die Besessenheit verbreitet, es werden deshalb viele Geisteskranke mit Exorcismen behandelt, die zuweilen den Tod der Kranken zur Folge haben. Die ärztlichen Leiter der indischen Irrenanstalten sind Militairärzte, welche den Dienst an den Irrenanstalten im Nebenamte versehen und oft wechseln. Die Mittel, welche den Anstalten zur Verfügung stehen, sind unzureichend, sodass z. B. nothwendige Reparaturen an den Gebäuden oft nicht ausgeführt werden können. Das Pflegepersonal ist vielfach ungenügend. Es sind Fälle vorgekommen, dass Kranke starben in Folge von Misshandlungen, die sie von ihren Wärtern erlitten hatten. Die Räume lassen keine hinreichende Trennung der verschiedenen Kranken zu. Badeeinrichtungen fehlen. Von einer planmässigen Behandlung der Kranken ist selten die Rede. Die indischen Irrenanstalten haben demnach mehr den Charakter von Bewahranstalten als von Heilanstalten.

Goltzinger, *F.* Die Geisteskrankheiten in Abyssinien. Rundschau (Obosrenic) der Psychiatrie. 11. 3.

Verfasser gehörte zur Abtheilung des rothen Kreuzes, welche von Russland im Jahre 1896, während des italienisch-abyssinischen Krieges dorthin geschickt worden war; und verlebte 4 Monate in den bevölkertsten beiden Städten Charar mit 40000 Einwohnern und der Hauptstadt Addis-Ababa mit 50000 Einwohnern. Die Zahl der von den Aerzten in dieser Zeit behandelten Kranken belief sich auf 16000.

G. berührt als Einleitung zu seiner Arbeit, in aller Kürze, die geographischen, etnographischen und allgemein anthropologischen Fragen Abyssiniens. Während der 2½ Monate, welche er in Addis-Ababa zubrachte, wurde das Ambulatorium von 10000 besucht, worunter 15% an Syphilis, mit deutlich ausgesprochenen Symptomen, litten. So viel es möglich war festzustellen, sollen in Abyssinien 80% der Einwohner an leichterer oder schwerer Syphilis gelitten haben. Mit Lepra behaftet wurden 5% beobachtet.

Geisteskranke beobachtete G. 14, Nervenkranke 107, zu letzteren wurden circa 200 Kranke nicht hinzugezählt, bei denen die Diagnose Neuralgie, Hemicrania und Cephalalgie lautete. Was nun die Form der Erkrankung anbelangt, wurden folgende constatirt:

Idiotismus und Imbecillitas	5,	Hysteria	3,
Paranoia hypochondriaca.	3,	Mania	1,
Amentia (Psychos. hallucinat.)	1,	Hallucinatioen	1,
Epilepsia	27,	Laesio cerebri organica	3,
Hemiplegia	9,	Tabes dorsalis	6,
Cerchrospinale Erkrank.	2,	Meningomyelitis syphil.	1,
Amyotrophia lateralis	1,	Sclerosis disseminata	1,
Myelitis	1,	Polyomyelitis ant.	2,
Paraparesis spastica	15,	Neuritis	13,
Paralysis peripherica	18,	Atrophia muscnl. progr.	2,
Paralysis agitans	1,	Myxoedema	1,
Morbus Menieri	1,	Impotentia coeundi	3.

Verfasser giebt einige kurz gefasste Krankengeschichten Geisteskranker, doch da dieselben durchaus nichts eigenthümliches oder abweichendes darbieten, so glaube ich den Leser mit Anführung derselben verschonen zu können. Mehr Interesse bieten seine allgemeinen Bemerkungen.

Die Einwohner Abyssiniens bewiesen den russischen Aerzten ein ausserordentliches Vertrauen und suchten gern bei ihnen Rath und Hülfe, so dass das Ambulatorium immer reichlich besucht war. Auch Geisteskranke, von denen man allgemein glaubt, dass sie vom „bösen Geist" heimgesucht werden, wurden aus Nah und Fern in das Ambulatorium gebracht. Waren die Kranken aufgeregt und unruhig, so hatten sie leichte Ketten an den Händen, mit welchen sie im Hause an die Wand gefesselt wurden, um, wie die Begleiter aussagten, die Umgebung vor Gewaltthaten zu schützen. Der Umgang mit den Kranken ist mild und rücksichtsvoll.

Obgleich angenommen wird, dass sie vom bösen Geiste besessen, wurden dennoch keine Exorcismen mit den Kranken vorgenommen, aber auch in den Klöstern werden solche Kranke nicht aufgenommen.

Trotz des Glaubens, dass sie vom bösen Geiste besessen, herrscht doch die allgemeine Ansicht, dass es eine Krankheit und zwar eine heilbare ist; daher suchen die Verwandten auch Hilfe bei ihren Aerzten oder richtiger Quacksalbern, aber nie bei Priestern Im Verhältnisse zu der Zahl der Einwohner, ist nach Ansicht des Verfassers und Nachrichten, die er erhielt, bei gebildeten Eingeborenen und längere Zeit in Abyssinien lebenden Europäern das Irresein verhältnissmässig wenig verbreitet.

Die Paralysis progressiva scheint in Abyssinien eine ganz unbekannte Krankheit zu sein, was um so auffallender ist, da, wie oben schon gesagt wurde, die Syphilis ausserordentlich verbreitet ist und die Abyssinier die Syphilis (Ketin) ganz einfach „unsere Krankheit" nennen und es durchaus für keine Schande gilt, wenn jemand mit dieser Krankheit

behaftet ist; man könnte fast sagen, es gehört zum guten Tone syphilitisch zu sein, und offen und frei wird darüber gesprochen.

Die Syphilis verläuft hier ausserordentlich leicht, und nur wenige unterziehen sich einer Behandlung.

Der grösste Theil der Syphiliskranken bleibt ohne jede Behandlung. Die abyssinischen Kurpfuscher behandeln die Syphilis mit Quecksilberdämpfen, doch soll die Behandlung so theuer sein, dass nur sehr Wohlhabende dazu die Mittel besitzen.

Anstalten für Geisteskranke giebt es nicht und die Kranken müssen zu Hause gehalten werden. A. v. Rothe.

Inhalt.

Druck von Max Schmersow vorm. Zahn & Baendel, Kirchhain N.-L.

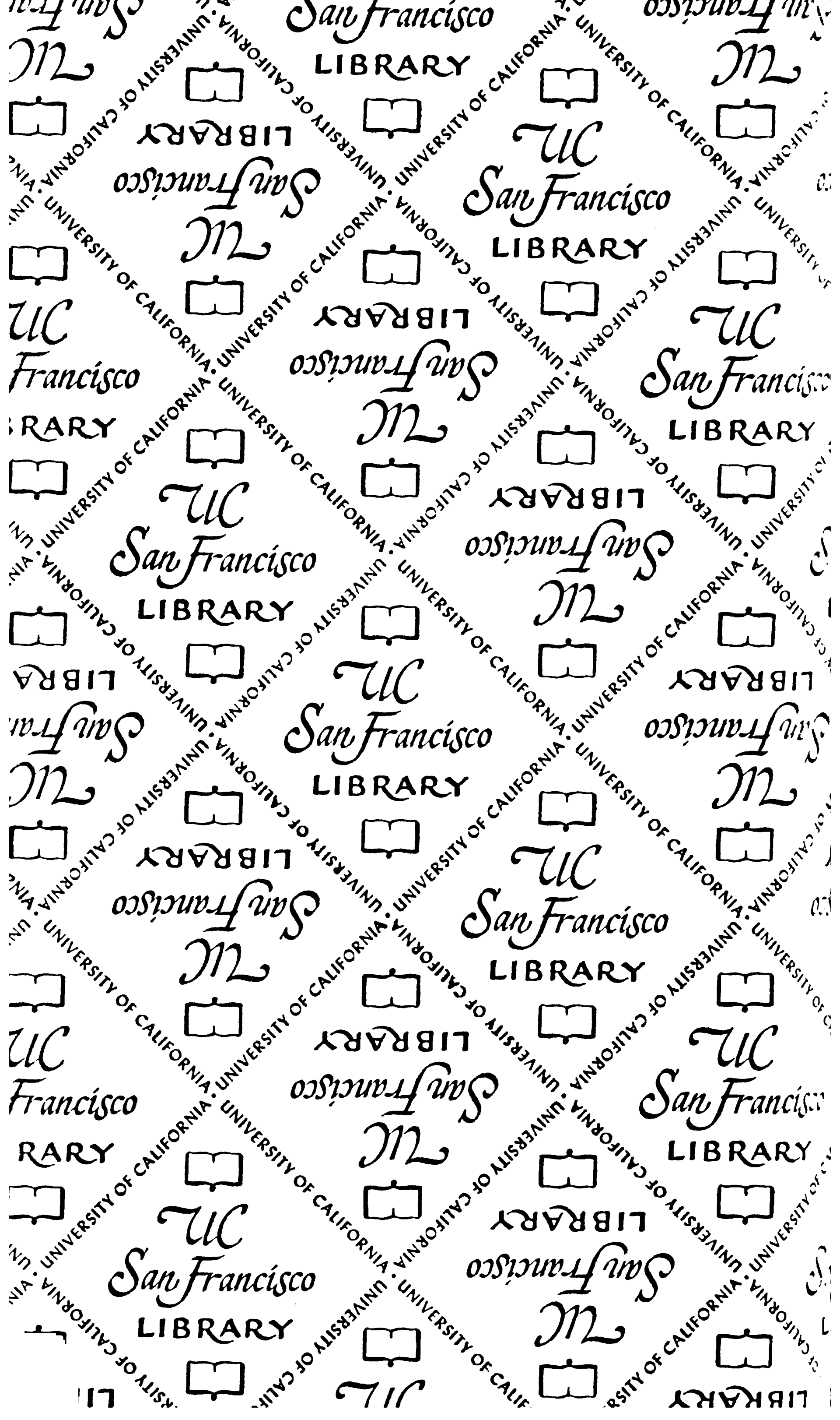











UC
San Francisco
LIBRARY
UNIVERSITY OF CALIFORNIA

